



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Dissertação de Natureza Científica

**Transição para a menopausa:
necessidades e expectativas.**

Célia do Rosário Neto Pedras

Lisboa





Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Dissertação de Natureza Científica

Transição para a menopausa: necessidades e expectativas.

Célia do Rosário Neto Pedras

Orientador: Professora Doutora Maria Helena de Carvalho
Valente Presado

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Célia do Rosário Neto Pedras

AGRADECIMENTOS

A realização da dissertação de mestrado contou com apoios, dos quais estarei eternamente grata.

À Professora Doutora Maria Helena de Carvalho Valente Presado pela sua disponibilidade, orientação e apoio total.

Às mulheres que participaram no estudo, porque sem elas não seria possível a realização deste trabalho.

À minha família, em especial ao amor incondicional da minha mãe, ao carinho e alegria dos meus sobrinhos Sofia e André, e aos momentos de ternura e relaxamento dos meus gatos Estrelinha e Dingo.

Às minhas amigas e colegas pela força, incentivo, e ajuda na superação dos obstáculos que foram surgindo, sobretudo à Sara e Vanda, companheiras de percurso.

A todos os que direta, ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

E à minha avó, que já partiu, mas a quem dedico este trabalho, porque foi um exemplo na procura da aprendizagem ao longo da vida e sempre me incentivou a tentar ser e fazer melhor.

O meu sincero **Obrigada!**

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACC-AHA	<i>American College of Cardiology - American Heart Association</i>
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
EMAS	<i>European Menopause and Andropause Society</i>
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ESSMOG	Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica
IMS	<i>Internacional Menopause Society</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
LDL-C	Colesterol de lipoproteína de baixa densidade
NAMS	<i>North American Menopause Society</i>
NCCAM	<i>National Center for Complementary and Alternative Medicine</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPG	Sociedade Portuguesa de Ginecologia
STRAW	<i>The Stages of Reproductive Aging Workshop</i>
WebQda	<i>Web Qualitative Data Analysis</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

Este estudo pretende identificar necessidades e expectativas da mulher no processo de transição para a menopausa. Pretende, também, conhecer as intervenções do enfermeiro especialista no âmbito da preparação para o processo de transição para a menopausa e da promoção e vigilância da saúde e bem-estar da mulher nesta fase da vida, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem e a qualidade de vida das mulheres.

Neste estudo, descritivo de abordagem qualitativa, foram realizadas 29 entrevistas a mulheres com idades compreendidas entre os 45 e os 59 anos, que já passaram pelo processo de transição para a menopausa.

Para a análise qualitativa das entrevistas recorreu-se ao *Software Web Qualitative Data Analysis (WebQda)*, concebido e desenvolvido pela Universidade de Aveiro.

Dos resultados obtidos a realçar o seguinte: o processo de transição para a menopausa é entendido como um acontecimento natural mas algo difícil; as mulheres referem apoio médico e raramente mencionam apoio do enfermeiro; a maioria das mulheres sente que o processo de transição decorreu pior do que esperava e, na sua opinião, o enfermeiro deve informar e esclarecer sobre o assunto, aconselhar e orientar, desmistificar mitos e crenças, apoiar emocionalmente em consulta de enfermagem e/ou em grupos de interajuda, vigiar o estado de saúde em consulta e através de rastreios.

Conclui-se que o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMOG), dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) deve: iniciar a educação para a saúde durante a fase reprodutiva da mulher preparando-a para o processo de transição para a menopausa; trabalhar a imagem negativa da menopausa marcada por tabus; envolver a família e os conviventes significativos; vigiar fatores de risco associados à menopausa; atender de forma empática e empoderar a mulher para que procure formas saudáveis de vivenciar o processo de transição para a menopausa.

Palavras-chave: menopausa, necessidades, expectativas, enfermeiro obstetra.

ABSTRACT

This study aims to identify the needs and expectations of women in the process of transition to menopause. It also intends to know the interventions of the nurse midwife in the scope of the preparation for the process of transition to menopause and the promotion and monitoring of the health and well-being of women in this phase of life, in order to improve the quality of nursing care and the quality of life of women.

In this descriptive qualitative study, 29 interviews were conducted among women aged between 45 and 59 years, who have already undergone the transition process to menopause.

For the qualitative analysis of the interviews we used the Web Software Qualitative Data Analysis (WebQda), conceived and developed by the University of Aveiro.

From the results obtained to highlight the following: the process of transition to menopause is understood as a natural event but something difficult; women report medical support and rarely mention nurse support; the majority of women feel that the transition process was worse than expected and, in their opinion, the nurse must inform and clarify on the subject, advise and guide, demystify myths and beliefs, support emotionally in nursing consultation and/or consultation groups, monitoring health status in consultation and through screening.

It is concluded that the nurse midwife, in Primary Health Care, should: initiate health education during the reproductive phase of the woman preparing her for the transition process to the menopause; work the negative image of the menopause marked by taboos; involve the family and significant cohabitants; monitor risk factors associated with menopause; empathize with the woman to look for healthy ways to experience the transition to menopause.

Key words: menopause, needs, expectations, nurse midwife.

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	11
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1. TRANSIÇÃO PARA A MENOPAUSA	16
1.1. Alterações na mulher	19
1.2. Terapia hormonal de compensação	20
1.3. Medicina alternativa e complementar	20
2. NECESSIDADES E EXPECTATIVAS DAS MULHERES NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A MENOPAUSA	22
3. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A MENOPAUSA	25
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	28
1. OPÇÕES METODOLÓGICAS	30
1.1. Questão de investigação e objetivos	30
1.2. Tipo de estudo	31
1.3. Participantes	31
1.4. Recolha de dados	32
1.5. Processo de análise de dados	33
1.6. Procedimentos formais e éticos	34
2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
2.1. Caraterização dos participantes	35
2.2. Apresentação, análise, e discussão dos resultados das entrevistas	39

2.2.1. Necessidades das mulheres no processo de transição para a menopausa	40
2.2.2. Expectativas das mulheres sobre o processo de transição para a menopausa	50
2.2.3. Intervenção do enfermeiro no processo de transição para a menopausa	54
CONCLUSÃO	60
BIBLIOGRAFIA	63
ANEXOS	
ANEXO I – Indicação para terapia hormonal de compensação na menopausa.	
ANEXO II – Fármacos disponíveis em Portugal para terapia hormonal.	
ANEXO III - Evidências científicas que demonstram alguns benefícios da Medicina Alternativa e Complementar.	
ANEXO IV - Competências do EESMOG no processo de transição para a menopausa.	
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Resumo dos riscos de doença identificados e das recomendações para cuidados clínicos.	
APÊNDICE II - Questionário de caracterização dos participantes.	
APÊNDICE III - Guião da entrevista.	
APÊNDICE IV - Código de árvore <i>WebQda</i> .	
APÊNDICE V - Declaração de Consentimento Informado.	
APÊNDICE VI - Caracterização dos participantes.	

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1. Fases e estádios do envelhecimento feminino.	18
Figura 2. Teoria das transições, segundo <i>Melleis</i> .	26

Índice de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1. Participantes de acordo com a idade.	35
Gráfico 2. Participantes de acordo com o período em amenorreia.	36
Gráfico 3. Participantes de acordo com o nível de escolaridade.	36
Gráfico 4. Participantes de acordo com o estado civil.	37
Gráfico 5. Participantes de acordo com o número de filhos.	37
Gráfico 6. Participantes de acordo com quem vive/coabita.	38
Gráfico 7. Apoio no processo de transição para a menopausa.	47
Gráfico 8. Apoio do enfermeiro no processo de transição para a menopausa	49
Gráfico 9. Expectativas das mulheres sobre o processo de transição para a menopausa.	50
Gráfico 10. Processo de transição para a menopausa decorreu como esperava.	51
Gráfico 11. Processo de transição para a menopausa decorreu melhor do que esperava.	51
Gráfico 12. Processo de transição para a menopausa decorreu pior do que esperava.	52
Gráfico 13. Intervenção do enfermeiro no processo de transição para a menopausa.	54
Gráfico 14. Informação e orientação do enfermeiro no processo de transição para a menopausa.	55
Gráfico 15. Apoio emocional do enfermeiro no processo de transição para a menopausa.	57
Gráfico 16. Vigilância da saúde da mulher, realizada pelo enfermeiro, no processo de transição para a menopausa.	58

Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1. Resumo das principais alterações na menopausa.	19
Tabela 2. Classificação da Medicina Complementar e Alternativa de acordo com o <i>National Center for Complementary and Alternative Medicine</i> .	21
Tabela 3. Dimensões e categorias do estudo.	39
Tabela 4. Subcategorias e unidades de enumeração relativas à categoria “Conceito atribuído à menopausa”.	40
Tabela 5. Subcategoria e unidades de enumeração da categoria “Sinais e sintomas no processo de transição para a menopausa”.	41
Tabela 6. Subcategoria e unidades de enumeração da categoria “Influência dos sinais e sintomas na vida diária”.	43
Tabela 7. Subcategorias e unidades de enumeração da categoria “Mudança no comportamento e estilo de vida”.	44
Tabela 8. Subcategorias e unidades de enumeração da categoria “Apoio no processo de transição para a menopausa”.	47

INTRODUÇÃO

A *World Health Organization* (WHO, 2016) identifica a necessidade de melhorar a saúde e o bem-estar da população e define como objetivos estratégicos investir na saúde através de uma abordagem ao longo da vida, aumentando a expectativa de vida saudável e a melhoria do bem-estar.

A mesma entidade (WHO, 2015) refere que existem cerca de 463 milhões de mulheres na região europeia e que estão a acontecer alterações demográficas e epidemiológicas importantes, como o aumento do número de mulheres nas faixas etárias mais elevadas, o que requer investimento na melhoria da saúde e bem-estar das mulheres que vão para além da idade reprodutiva.

Em Portugal, segundo as previsões do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2016), os grupos etários com um maior número de mulheres residentes, em 2020, serão os grupos com idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos de idade, o que reforça a importância de investir na melhoria dos hábitos de vida, saúde, e bem-estar na menopausa.

Como é do conhecimento comum, a menopausa é um acontecimento fisiológico na vida da mulher, que surge como consequência do envelhecimento dos ovários, da diminuição de produção de estrogénio e progesterona, e em que o défice hormonal pode causar o aparecimento de sinais e sintomas. À sintomatologia são associadas alterações psicossociais e culturais, uma vez que o cessamento da capacidade reprodutiva é, muitas vezes, considerado como início do envelhecimento e da decadência física e mental, interferindo no bem-estar e na qualidade de vida da mulher.

Paralelamente às crenças e aos estereótipos, importa referir que as alterações biopsicossociais podem ser potenciadas por diversos fatores de risco relacionados com o estilo de vida, que a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG, 2004) identifica como sendo: o tabagismo, o alcoolismo, a medicação, os hábitos dietéticos, a atividade física e a exposição solar.

Os profissionais de saúde devem estar sensíveis às alterações biopsicossociais da menopausa, bem como aos fatores de risco relacionados com o estilo de vida, de modo a conseguirem apoiar, vigiar e promover a saúde e o bem-estar das mulheres nesta fase da vida.

Em Portugal existem consultórios, clínicas médicas, e algumas unidades de saúde privadas com consulta médica de menopausa. Porém, a maioria das instituições públicas não tem consulta neste âmbito, e não foi encontrada informação de consulta de enfermagem específica dirigida a esta população.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011) identifica o EESMOG como o profissional habilitado para consultas de enfermagem à mulher na menopausa. Considerando que o EESMOG dos CSP está em posição privilegiada para informar, aconselhar, apoiar, e vigiar a saúde das mulheres nesta fase de vida, importa conhecer de que forma os enfermeiros especialistas podem contribuir para um processo saudável de transição à menopausa.

Foi neste sentido que surgiu a seguinte questão de investigação: Quais são as necessidades e expectativas da mulher no processo de transição para a menopausa, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem e a qualidade de vida das mulheres?

Tendo em consideração a questão de investigação definiram-se como objetivos de estudo: identificar necessidades da mulher no processo de transição para a menopausa; conhecer expectativas da mulher relativamente ao processo de transição para a menopausa; identificar intervenções do enfermeiro no processo de transição para a menopausa; propor intervenções do enfermeiro especialista no âmbito da preparação para o processo de transição para a menopausa e da promoção do bem-estar e qualidade de vida da mulher.

O trabalho está organizado em duas partes. A primeira parte destina-se ao enquadramento teórico e está dividida em três capítulos: transição para a menopausa, necessidades e expectativas das mulheres no processo de transição para a menopausa e intervenção do enfermeiro no processo de transição para a menopausa. A segunda parte apresenta o estudo empírico e está dividida em duas partes: opções metodológicas e apresentação, análise, e discussão dos resultados das entrevistas. Por fim, apresenta-se a conclusão que faz referência aos principais resultados do estudo, e onde são apresentadas propostas de intervenção do enfermeiro especialista.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com o enquadramento teórico pretende-se expor a informação obtida através da pesquisa bibliográfica que se julga de maior relevância para a compreensão da temática em estudo e que proporcione dados suscetíveis de ajudar a responder cientificamente à questão de partida.

1. TRANSIÇÃO PARA A MENOPAUSA

A *International Menopause Society* (IMS, 1999), para assegurar uma definição padronizada, publica no *site* uma lista de definições relacionadas com a menopausa.

As definições publicadas são:

- Menopausa natural - Cessação permanente da menstruação resultante da perda da atividade folicular ovariana. A menopausa natural ocorre após 12 meses consecutivos de amenorreia, para a qual não há outra causa patológica ou fisiológica óbvia. A menopausa ocorre com o período menstrual final, que é conhecido com certeza apenas em retrospectiva um ano ou mais após o evento. Um marcador biológico adequado para o evento não existe.
- Peri menopausa - O termo deve incluir o período imediatamente anterior à menopausa (quando as características endocrinológicas, biológicas e clínicas da aproximação da menopausa começam) e o primeiro ano após a menopausa.
- Transição para a menopausa - O termo deve ser reservado para o período de tempo antes do período menstrual final quando a variabilidade no ciclo menstrual é geralmente aumentada. Este termo pode ser usado como sinónimo de "pré menopausa", embora este último termo seja controverso e se defenda o seu abandono.
- Climatério - Fase no envelhecimento das mulheres marcando a transição da fase reprodutiva ao estado não reprodutivo. Esta fase incorpora a peri menopausa estendendo-se por um período variável mais longo antes e depois do peri menopausa. A IMS, ao contrário da Organização Mundial de Saúde (OMS), defende a manutenção deste termo e do termo "síndrome de climatério", quando esta fase está associada a sintomatologia.

- Pré menopausa - Termo usado frequentemente para se referir a um ou dois anos imediatamente antes da menopausa, ou para se referir a todo o período reprodutivo antes da menopausa. A *IMS* recomenda que o termo seja usado consistentemente no último sentido, abrangendo todo o período reprodutivo até ao período menstrual final.
- Pós menopausa - Termo é definido como datando o período menstrual final, não obstante se a menopausa foi induzida ou espontânea.
- Menopausa prematura - Deve ser definida como a menopausa que ocorre em uma idade inferior a dois desvios padrão abaixo da média estabelecida para a população de referência. Na ausência de estimativas confiáveis da distribuição da idade na menopausa natural em populações de países em desenvolvimento, a idade de 40 anos é frequentemente usada como ponto de corte arbitrário, abaixo do qual a menopausa é considerada prematura.
- Menopausa induzida - Cessação da menstruação que se segue à remoção cirúrgica de ambos os ovários (com ou sem histerectomia) ou à ablação iatrogénica da função ovariana (por exemplo, por quimioterapia ou radiação).

A mesma sociedade publica artigo no *Climacteric* (Baber, Panay, Fenton, & *IMS Writing Group*, 2016) onde identifica três fases no envelhecimento reprodutivo: a reprodutiva, a transição da menopausa e a pós-menopausa, cada uma dividida em estádios.

A figura 1, publicada no artigo referido em parágrafo anterior, representa as fases no envelhecimento reprodutivo e permite uma maior compreensão do período de transição para a menopausa, caracterizado por variações no comprimento do ciclo menstrual e padrão de sangramento, sintomas vasomotores e vaginais, e por alterações nos níveis dos marcadores da atividade folicular ovariana (nível crescente da hormona folículo estimulante e níveis decrescentes das hormonas anti-Mulleriano e inibina B).

Figura 1. Fases e estádios do envelhecimento feminino.

	Menarca				FMP (0)					
Etapa	- 5	- 4	- 3 b	- 3 a	- 2	- 1	+ 1 a	+ 1 b	+ 1 c	+ 2
Terminologia	REPRODUTIVO				TRANSIÇÃO PARA A MENOPAUSA		PÓS-MENOPAUSA			
	Precoce	Pico	Tardio		Precoce	Tardia	Precoce		Tardia	
					Peri menopausa					
Duração	Variável				Variável	1-3 Anos	2 Anos (1+1)		3-6 Anos	Remanescente
CRITÉRIOS PRINCIPAIS										
Ciclo menstrual	Variável/Regular	Regular	Regular	Subtil/Mudanças no fluxo	Variável (> 7 dias em relação ao habitual)	≥ 2 Ciclos ausentes e > 60 dias de amenorrea				
CRITÉRIOS DE APOIO										
Endócrino FSH AMH Inibina B			Baixo Baixo	Variável Baixo Baixo	↑ Variável Baixo Baixo	↑ > 25 IU/L; Baixo Baixo	↑ Variável Baixo Baixo		Estável Muito ↓ Muito ↓	
Contagem Foliculos			Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Muito ↓		Muito ↓	
CARATERISITICAS DESCRITIVAS										
Sintomas						Prováveis sintomas vasomotores	Provavelmente sintomas vasomotores			↑ Sintomas atrofia urogenital

FMP, Período menstrual final; FSH, Hormona folículo estimulante; AMH, hormona anti Mullerian

Fonte: <http://dx.doi.org/10.3109/13697137.2015.1129166>

1.1. Alterações na mulher

A transição para a menopausa acontece devido à perda progressiva da atividade folicular ovariana, com as consequentes modificações hormonais que provocam alterações físicas, biológicas e psíquicas na mulher.

A *North American Menopause Society (NAMS)* descreve, em artigo do *Jornal da Sociedade* (Shifren et al, 2014), as principais alterações na mulher associadas à menopausa, que se apresentam resumidamente na tabela 1.

Tabela 1. Resumo das principais alterações na menopausa.

Alterações na mulher na menopausa	
Cabelo	Perda de cabelo.
Cognição	Dificuldade concentração e memória.
Dentes e cavidade oral	Diminuição da densidade mineral óssea esquelética, perda dentária, retração gengival, inflamação, doença periodontal.
Olhos	Olhos secos, degeneração macular, cataratas.
Ouvidos	Deficiência auditiva associada a depressão e afastamento social.
Pele	Diminuição da espessura e elasticidade da pele, perda de colagénio, aumento de rugas/despigmentação/telangiectasias, seca e hirsutismo. Calores, afrontamentos com consequências na qualidade do sono (distúrbios do sono) e na atividade de vida diária.
Peso corporal	Quantidade média de peso obtida durante a transição da menopausa é de 2,3 kg, com consequências adversas na saúde.
Psíquico	Humor deprimido, ansiedade, diminuição da sensação de bem-estar, depressão.
Útero/ovários	Irregularidades menstruais, fluxo menstrual aumentado com consequências na atividade sexual, anemia.
Urológicos	Incontinência urinária, urgência urinária, disúria e infeções urinárias recorrentes.
Vulvovaginais	Secura, irritação, ardor, prurido, secreção vaginal, sangramento pós-coital, dispareunia e atrofia vulvovaginal, com consequências na função sexual e relações interpessoais.

Fonte: Adaptado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25225714>

A *NAMS*, no mesmo artigo, também identifica vários riscos de doença associados às alterações hormonais no processo de transição para a menopausa: cardiovascular, diabetes *mellitus*, osteoporose, doença de *gallbladder*, artrite e artralgia, doença da tiróide, epilepsia, asma e vários tipos de cancro. No apêndice 1 são resumidos os riscos de doença identificados pela *NAMS* e as recomendações para cuidados clínicos.

1.2. Terapia hormonal de compensação

As alterações físicas, biológicas e psíquicas, durante o processo de transição para a menopausa podem causar desconforto e diminuição da qualidade de vida.

A utilização de terapia hormonal de compensação para alívio de sintomatologia não tem sido consensual. No entanto, dada a eficácia no alívio de alguns sintomas indesejáveis e na prevenção de doenças relacionadas com o envelhecimento, é recomendada após avaliação do risco/benefício individual.

Stuenkel et al (2015) apresenta um diagrama que permite orientar os profissionais sobre o uso da terapia hormonal de compensação na menopausa, que é apresentado no anexo I.

Em Portugal existem várias opções terapêuticas. No anexo II estão descritos os fármacos atualmente disponíveis, segundo a SPG (2017).

1.3. Medicina Alternativa e Complementar

A *European Menopause and Andropause Society* (EMAS) publicou, no seu jornal oficial, uma revisão da literatura sobre a evidência científica na área da Medicina Alternativa e Complementar (Borrelli & Ernst, 2010). Esta revisão utiliza a definição e classificação do *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) que considera a Medicina Alternativa e Complementar um conjunto de sistemas médicos e de cuidados de saúde, práticas e produtos, que não fazem parte da medicina convencional e divide-os em cinco grupos: sistemas médicos alternativos, intervenções corpo-mente, terapias baseadas na biologia, métodos manipulativos do corpo e terapias energéticas (Tabela 2).

Tabela 2. Classificação da Medicina Alternativa e Complementar.

Classificação	Definição
Sistemas médicos alternativos	Terapias baseadas em sistemas de teoria e prática. Exemplo: medicina homeopática, medicina naturopata, medicina tradicional chinesa e Ayurveda.
Intervenções corpo-mente	Técnicas concebidas para melhorar a capacidade da mente de afetar a função corporal e os sintomas. Exemplo: grupos de apoio ao utente, terapia cognitivo-comportamental e meditação.
Terapias baseadas na biologia	Uso de substâncias encontradas na natureza, como ervas, alimentos, vitaminas e outras substâncias naturais.
Métodos manipulativos do corpo	Técnicas baseadas na manipulação e/ou no movimento de uma ou mais partes do corpo. Exemplos: quiropraxia ou manipulação osteopática e massagem.
Terapias energéticas	Terapias que envolvem o uso de campos de energia. Exemplos: reiki: cristaloterapia.

Fonte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20580501>

Borrelli e Ernst, autores desta revisão da literatura, concluem que as evidências clínicas que suportam a eficácia e a segurança da maioria das Medicinas Alternativas Complementares são escassas. No entanto, concluem que existem algumas evidências que demonstram o benefício de: fito esteróis, fito etanóis e ingestão de fibra, na redução do colesterol; vitamina K, ou cálcio e vitamina D, na redução da perda de densidade mineral óssea; planta *cohosh* preto no alívio de “ondas de calor”; e de extratos de fito estrogénios na redução do nível plasmático de lípidos e de perda óssea (Anexo III).

2. NECESSIDADES E EXPECTATIVAS DAS MULHERES NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A MENOPAUSA

Hoga, L., Rodolpho J., Gonçalves B. & Quirino B. (2015) identificam as melhores evidências científicas disponíveis relacionadas com a forma como as mulheres vivenciam a menopausa natural em vários países do mundo, permitindo conhecer as necessidades e expectativas das mulheres nesta fase da vida em diferentes contextos socioculturais.

Dos vinte e quatro estudos incluídos foram extraídos importantes conclusões, nomeadamente que as mulheres devem estar preparadas e serem apoiadas nas necessidades individuais, de acordo com as suas preferências e expectativas.

the women experiencing menopause have several support needs. The main needs are to be understood according to their own perspective, be supported by qualified medical care and family members, and to have financial stability to be able to supply their own needs and preserve their quality of life. (Hoga et al, 2015, p. 279)

Entre os problemas descritos e que necessitam de apoio estão: desconforto físico e psicológico; diminuição do estado de saúde e habilidades; diminuição do bem-estar por alterações na imagem e isolamento; falta de satisfação sexual e alteração no relacionamento conjugal; e incompreensão e falta de apoio familiar e social.

Na discussão desta revisão sistemática da literatura são descritas estratégias, como forma de ultrapassar os problemas encontrados e de ir ao encontro das expectativas das mulheres: exercício regular, uso de terapias de saúde complementares (tais como acupuntura, terapia com vitaminas, homeopatia, naturopatia, massagem), ajustes dietéticos, passar mais tempo com amigos, ambiente de trabalho positivo, fácil acesso a informação e partilha de experiências com profissionais de saúde.

Relativamente aos profissionais de saúde, os autores concluem que os prestadores de cuidados de saúde dão pouca atenção às necessidades e perceções das mulheres e defendem o desenvolvimento criativo e dinâmico de estratégias através da identificação da complexidade das questões envolvidas, de forma a garantir um apoio eficaz. Os autores sugerem: aconselhamento às mulheres antes do período de transição para a menopausa, sessões individuais/grupo de partilha de sentimentos durante o período de transição, consultas com ação educativa e de

empoderamento relativamente ao processo de transição, fatores de risco e tratamentos disponíveis e ainda atividades educativas de grupo.

Em Portugal a investigação relacionada com a menopausa é reduzida, mas existem estudos que vão ao encontro de alguns aspetos descritos pela revisão sistemática anteriormente referida, nomeadamente o estudo de:

- Fagulha & Gonçalves (2005) que pesquisa a sintomatologia relacionada com a menopausa nos períodos pré-menopausa, menopausa e pós-menopausa, em relação com a sintomatologia depressiva, nível educacional, estado civil e outras variáveis, em 127 mulheres de um Centro de Saúde dos arredores de Lisboa.

Os resultados deste estudo revelam que os sintomas vasomotores são os mais frequentemente referidos, seguidos das alterações físicas e de sintomas não específicos (irritação e perturbação do sono). Os resultados também indicam que as mulheres casadas, de nível educacional mais baixo, apresentam menor sintomatologia.

- Correia (2009) numa amostra de 47 mulheres apurou que algumas mulheres consideram a menopausa de forma positiva, e outras consideram-na negativamente, associando a menopausa a perdas, sentindo-se menos femininas, pouco atrativas a nível sexual, com menor vigor físico e menor capacidade de produzir, algumas referem ainda sentirem-se velhas.

Neste estudo 70,2% das inquiridas admite ter tido acompanhamento nesta fase, sendo que 67,4% refere acompanhamento médico e só 3,2% do enfermeiro.

Ainda relativamente aos resultados o autor realça que existem algumas mulheres que não se encontram elucidadas quanto aos aspetos relacionados com a menopausa e que 51% das mulheres não alteraram o seu comportamento e estilo de vida.

- Fagulha, Gonçalves & Ferreira (2011) investigam os sintomas que as mulheres consideram estar relacionados com a menopausa, e avaliam a relação entre esses sintomas e fatores sociodemográficos e estilos de vida, em 728 mulheres de Cascais.

A sintomatologia mais frequentemente referida foi o aumento de peso e a mudança do corpo relacionada com o envelhecimento, seguida de sintomas psicológicos não específicos (mau humor, irritabilidade, problemas de memória

e distúrbio do sono) e de alterações vasomotoras (ondas de calor e suores noturnos).

Em relação ao estilo de vida, verifica-se correlação significativa entre prática de exercício físico e sintomatologia. Os resultados sugerem que as mulheres que praticam exercício físico tendem a ter menos *flashes* noturnos e não ganham tanto peso.

- Oliveira (2013) numa amostra de 115 mulheres conclui que existe uma diminuição de qualidade de vida e do bem-estar psicológico durante a menopausa, e que as variáveis sociodemográficas estado civil/com quem mora/escolaridade podem desempenhar um papel fundamental para a diminuição dos efeitos nefastos na vida da mulher.
- Presado (2013) estuda 116 casais de dois Agrupamentos de Centros de Saúde de Lisboa, e o resultado do estudo revela algum desconhecimento dos participantes relativamente ao climatério, e associação de menopausa a disfuncionamento e problemas de saúde.

Do resultado do estudo destaca-se que os inquiridos consideram que não tem preparação suficiente para vivenciar saudavelmente esta fase da vida, e que os profissionais de saúde devem prepará-los antes do climatério/menopausa.

- Bernardes (2014), ao entrevistar 8 mulheres em menopausa, verifica que muitas das condições que influenciam o processo de transição para a menopausa são sensíveis aos cuidados de enfermagem, e sugere que os enfermeiros desenvolvam cuidados antecipatórios (individualmente e em grupo) capazes de prepararem e capacitarem as mulheres.

A autora identifica como fatores, mais comuns, facilitadores do processo de transição para a menopausa, a ocupação (profissional, familiar e lazer) e as pessoas significativas. Os fatores dificultadores, mais referenciados, são a imprevisibilidade das alterações e a insatisfação com a orientação dos profissionais de saúde.

3. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A MENOPAUSA

A intervenção do enfermeiro no processo de transição para menopausa é importante por ser um período de mudança no ciclo de vida (cessação da menstruação), suscetível de influenciar a saúde e bem-estar da mulher.

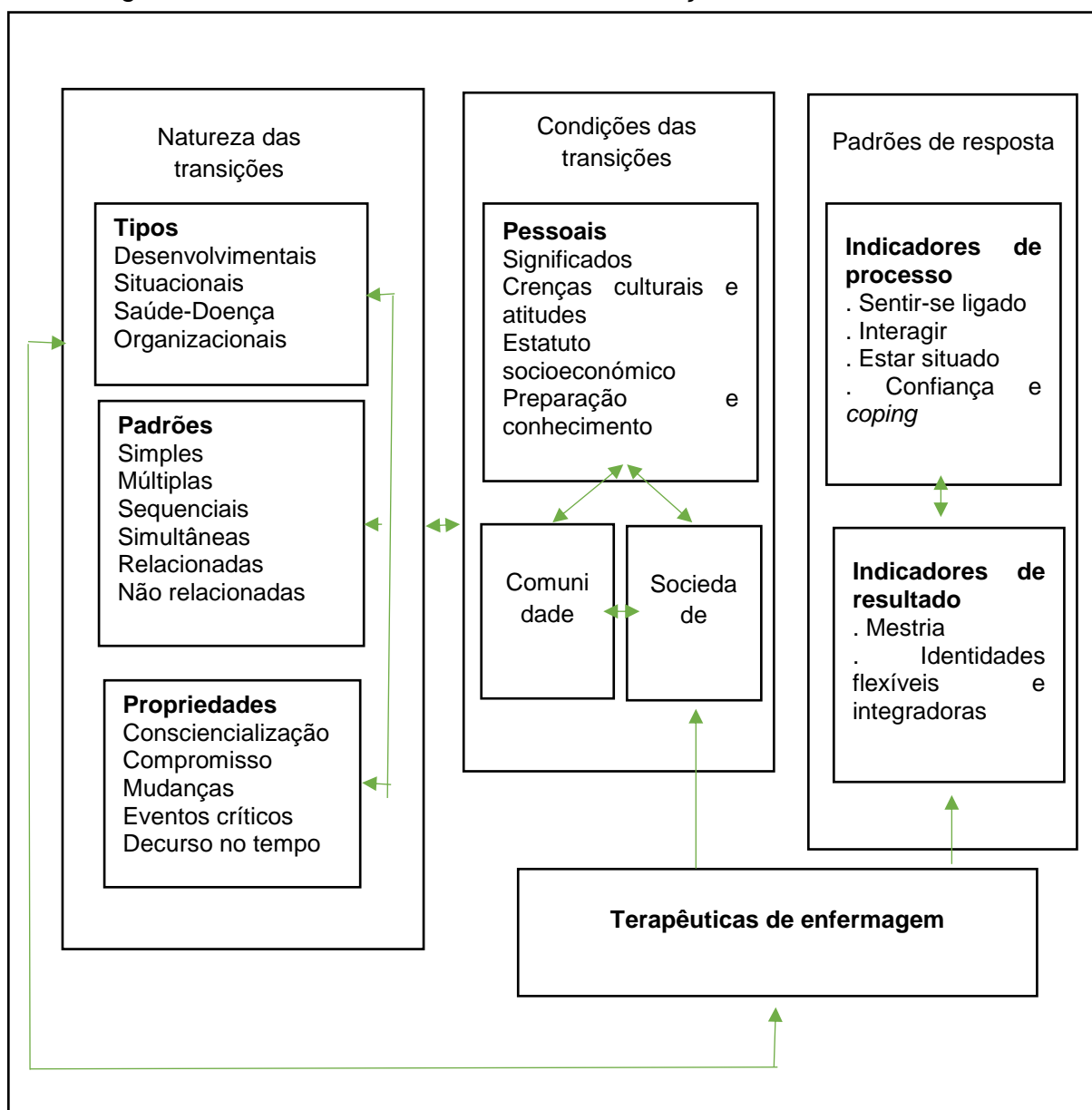
Melleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Shumacher, K. consideram:

nurses often are primary caregivers of clients and their families who are undergoing transition. They attend to the changes and demands that transition bring into the daily lives of clients and their families. Furthermore, nurses tend to be the caregivers who prepare clients for impending transitions and who facilitate the process of learning new skills related to clients health and illness experiences. (Melleis et al, 2000, p.13)

Melleis et al realizaram vários estudos com o intuito de procurar compreender as propriedades e condições inerentes a um processo de transição, que possibilitem intervenção de enfermagem congruente com a experiência única do utente/família, e que promova respostas saudáveis à transição.

Da análise dos estudos desenvolvidos por estes autores resultou a Teoria de Médio Alcance das Transições, que descreve a natureza das transições (tipo, padrões e propriedades), as condições facilitadoras e dificultadoras das transições e os padrões de resposta às transições (indicadores de processo e de resultado), que orientam a intervenção de enfermagem. Esta teoria está representada na figura 2 e serve de suporte à realização deste estudo.

Figura 2. Teoria de Médio Alcance das Transições.



Fonte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>

O EESMOG é o enfermeiro com competências específicas para intervir no processo de transição e adaptação à menopausa. No anexo IV é apresentada a competência com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação, como foi publicada no Regulamento de Competências Específicas do EESMOG, da OE (2011).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Depois da revisão bibliográfica apresenta-se a parte do trabalho empírico desenvolvido sobre as necessidades e expectativas no processo de transição para a menopausa. Pretende-se explicitar e fundamentar as opções metodológicas seguidas no estudo, bem como apresentar a análise e discussão dos resultados obtidos, recorrendo às expressões das participantes para melhor ilustrar os resultados.

1. OPÇÕES METODOLÓGICAS

1.1. Questão de investigação e objetivos

Em Portugal o conceito de menopausa é relativamente conhecido, mas a investigação e o nível de conhecimento é escasso e limitado, pelo que foi desenvolvido um estudo descritivo.

Da análise dos estudos encontrados conclui-se que algumas mulheres portuguesas referem sintomatologia desconfortável, disfuncionamento e problemas de saúde, diminuição da qualidade de vida e do bem-estar psicológico, falta de informação sobre a menopausa e falta de apoio dos profissionais de saúde.

Os EESMOG dos CSP estão em posição privilegiada para informar, aconselhar e apoiar as mulheres nesta fase do seu ciclo de vida. Importa, por isso, conhecer: Quais são as necessidades e expectativas da mulher no processo de transição para a menopausa, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a qualidade de vida das mulheres?

Tendo em consideração a questão de investigação consideram-se como objetivos de estudo:

- Identificar necessidades da mulher no processo de transição para a menopausa.
- Conhecer expectativas da mulher relativamente ao processo de transição para a menopausa.
- Identificar intervenções do enfermeiro no processo de transição para a menopausa.
- Propor intervenções do EESMOG no âmbito da preparação para o processo de transição para a menopausa e da promoção do bem-estar e qualidade de vida da mulher.

1.2. Tipo de estudo

Atendendo à questão de investigação e aos objetivos definidos, e uma vez que o nível de investigação nesta área é reduzido e os estudos descritivos procuram obter mais informação “sobre fenómenos pouco estudados e sobre os quais existem poucos trabalhos de investigação” (Fortin, 2009, p. 236), optou-se por um estudo descritivo de abordagem qualitativa.

Este estudo procura proporcionar uma maior familiaridade com as necessidades e expectativas das mulheres no processo de transição para a menopausa, centrando-se na descrição do que as mulheres sentiram nesta fase do ciclo de vida, com a finalidade de identificar e propor intervenções de enfermagem que contribuam para a melhoria dos cuidados de enfermagem e da qualidade de vida das mulheres.

1.3. Participantes

Como participantes foram selecionadas mulheres que já passaram pelo processo de menopausa natural. Isto é, mulheres em amenorreia há mais de doze meses consecutivos por perda da atividade folicular ovariana, e para a qual não existe outra causa patológica ou fisiológica óbvia.

Optou-se pelas mulheres entre os 45 e 59 anos, uma vez que nesta faixa etária os aspetos que se desejam colher ainda estão muito presentes. Isto porque, segundo a SPG (2017, p.13), o diagnóstico clínico de menopausa fisiológica ocorre habitualmente entre os 45 e os 55 anos.

Foram incluídas todas as mulheres, nas circunstâncias referidas nos parágrafos anteriores, que aceitaram participar no estudo e que permitiram o registo áudio das entrevistas.

Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência, onde os participantes foram selecionados segundo a técnica de amostragem em rede, de forma a facilitar a descoberta de participantes com os critérios definidos.

Os primeiros contactos foram realizados por pessoas conhecidas da investigadora (familiares, amigas e colegas) que se disponibilizaram para apresentar o estudo a mulheres que conhecem e que reuniam os critérios de inclusão.

Depois da livre adesão à participação no estudo, as mulheres foram contatadas telefonicamente pela investigadora, de forma a possibilitar informação completa sobre o estudo e o esclarecimento de dúvidas. E, ainda, para solicitação do preenchimento do formulário do consentimento informado, e agendamento da entrevista de acordo com a disponibilidade e interesse da participante.

1.4. Recolha de dados

A recolha de dados realizou-se entre Janeiro e Março de 2017 e como método de colheita de dados optou-se por uma entrevista por telefone. A entrevista por telefone é mais económica porque dispensa deslocações, e os participantes podem sentir-se mais à vontade para falar de sentimentos e vivências relativamente ao processo de transição para a menopausa.

Antes de iniciar a entrevista foram colocadas questões que permitem a caracterização dos participantes. O questionário de caracterização de participante, aplicado neste estudo, encontra-se no apêndice II.

Relativamente às entrevistas estas foram parcialmente estruturadas, uma vez que foi utilizado um guião de entrevista para servir de eixo orientador ao desenvolvimento da mesma. O guião da entrevista ofereceu um inventário dos temas a abordar e pode ser consultado no apêndice III.

As questões colocadas eram abertas de forma a “favorecer a livre expressão do pensamento e de permitir um exame aprofundado da resposta do participante” (Fortin, 2009, p. 378). As respostas às questões abertas implicam um esforço prolongado de atenção do investigador optou-se pelo registo magnético dos dados da entrevista, e posterior transcrição dos dados registados, após consentimento dos participantes.

1.5. Processo de análise de dados

Para o tratamento dos dados transcritos é utilizada a análise de conteúdo segundo Bardin (2015), que está organizada em três fases: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A primeira fase “possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos a análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.” (Bardin, 2015, p. 121)

A segunda fase “consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (Bardin, 2015, p. 127)

E, por último, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, em que “os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos (“falantes”) e validos.” (Bardin, 2015, p.127)

Para a análise qualitativa das entrevistas, isto é de dados não numéricos e não estruturados, recorreu-se ao *Software Web Qualitative Data Analysis (WebQda)*, concebido e desenvolvido pela Universidade de Aveiro.

O *Software WebQda* foi utilizado não só na inserção e organização de dados (edição, visualização e organização das entrevistas) como também para o processo de análise de dados, permitindo criar categorias, codificar, controlar, e filtrar os dados, com o objetivo de responder às questões de investigação.

Na primeira etapa foram adicionados ficheiros de texto com as entrevistas, em seguida foram criadas categorias em estrutura de árvore e sua codificação (apêndice IV), o que permitiu posterior categorização das informações constantes nas fontes de dados.

1.6. Procedimentos éticos

Na investigação foram respeitados os princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana, isto é: “o respeito pelo consentimento livre e esclarecido”, “o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais”, “o respeito pela justiça e pela equidade”, “o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes”, “a redução dos inconvenientes”, e a “otimização das vantagens”. (Fortin, 2009, p. 186)

De facto, foram salvaguardadas todas as questões éticas que envolvem o desenvolvimento da investigação, designadamente:

- O parecer favorável da Comissão de Ética da ESEL (Parecer nº 5134, de 22/11/2016)
- A obtenção do consentimento informado dos participantes de forma livre e esclarecida (apêndice V). Após contato telefónico, a informar e esclarecer sobre a investigação, foi enviada carta a solicitar assinatura do formulário de consentimento em duplicado, tendo ficado um exemplar para o participante.
- A prevenção do desconforto de um contato presencial e de uma entrevista face a face e a promoção do bem-estar durante a entrevista por telefone. Depois da receção do consentimento informado, a entrevista foi combinada com o participante de acordo com a sua disponibilidade e critério.
- O anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos. Após a entrevista, e durante a investigação, o nome do participante é substituído por um código numérico, e o registo magnético é destruído no final da transcrição dos dados.

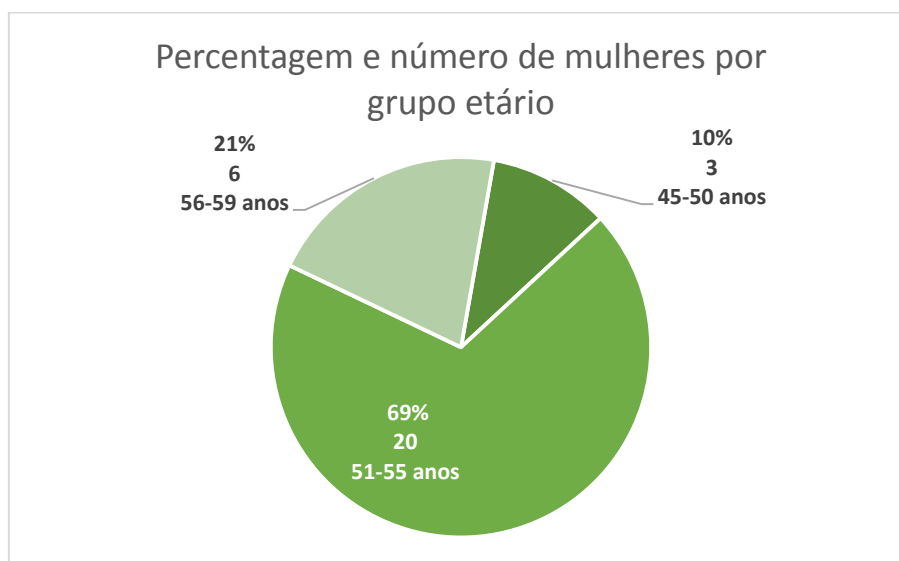
2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

2.1. Caraterização dos participantes

Participaram no estudo 29 mulheres. Das 29 mulheres, 27 (93%) são de nacionalidade portuguesa, 17 (59%) residem no distrito de Setúbal e 12 (41%) moram no distrito de Lisboa. Foram entrevistadas mulheres com várias profissões, nomeadamente administrativas, assistentes operacionais, domésticas, enfermeiras, lojistas, docentes, entre outras. No apêndice VI são apresentados todos os dados recolhidos através do questionário de caracterização dos participantes.

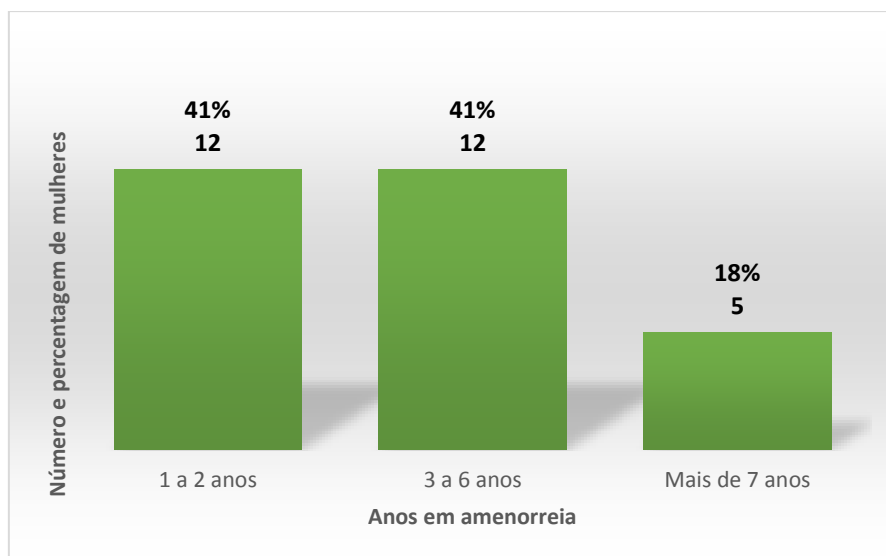
A destacar que relativamente à idade das participantes (Gráfico 1) foi possível observar, através dos dados recolhidos, que a maioria das mulheres inquiridas (69%) encontra-se no intervalo correspondente aos 51-55 anos.

Gráfico 1 – Participantes de acordo com a idade.



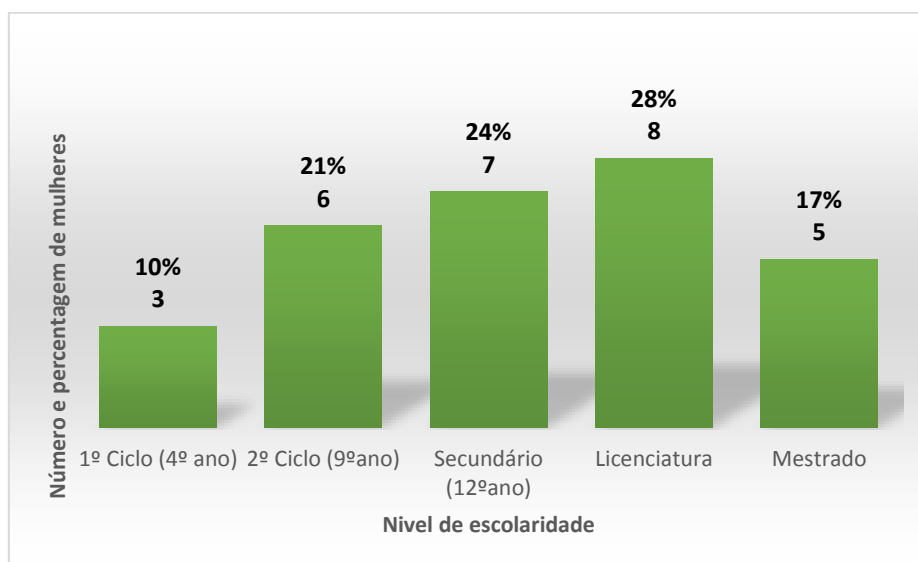
A referir, também, que 24 (82%) mulheres referem estar em amenorreia há menos de 6 anos e só 5 (18%) dizem estar em amenorreia há mais de 7 anos, tendo a maioria bem presente o seu processo de transição para a menopausa (Gráfico 2).

Gráfico 2. Participantes de acordo com o período em amenorreia.



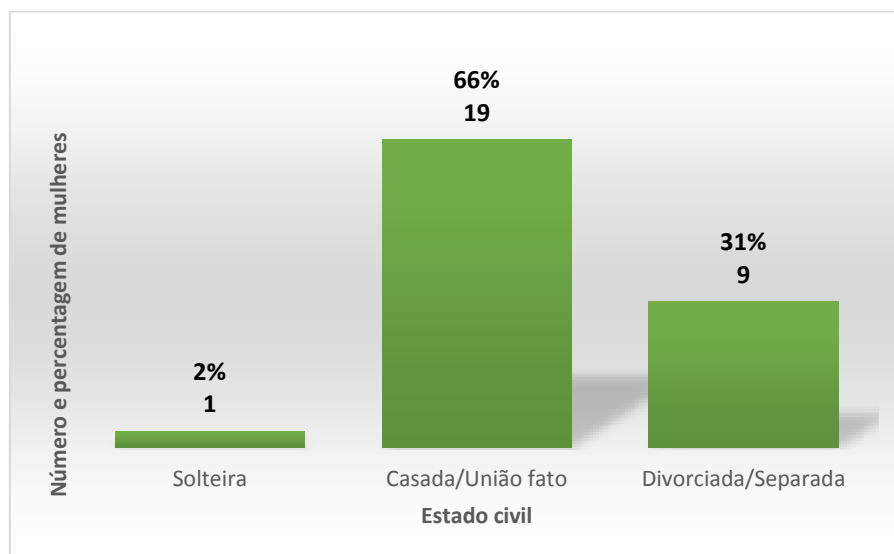
Quanto à escolaridade das participantes (Gráfico 3) foi possível verificar que 20 (69%) das mulheres que participaram no estudo tinham escolaridade igual ou superior ao 12ºano, sendo o maior número de inquiridas licenciada (28%).

Gráfico 3. Participantes de acordo com o nível de escolaridade.



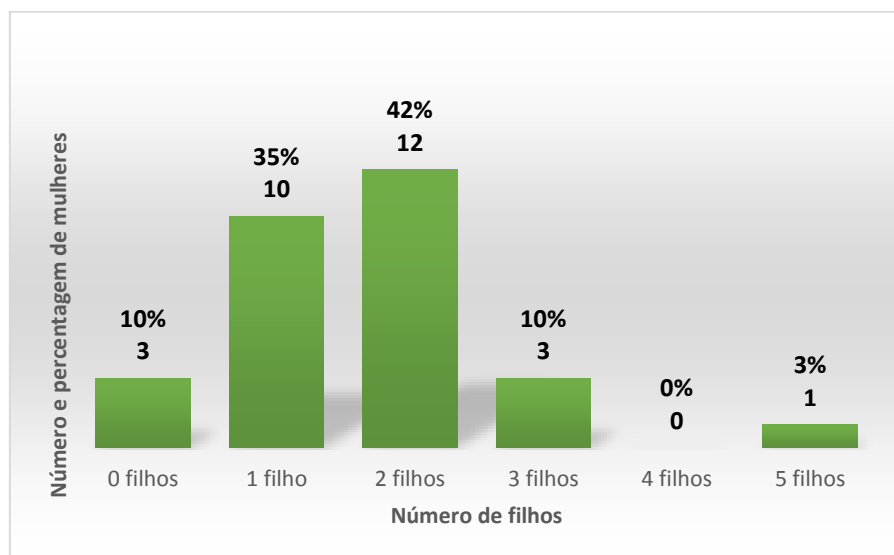
No que diz respeito ao estado civil (Gráfico 4), os resultados indicam que a maioria das participantes são casadas ou vivem em união de facto, tendo alcançado uma percentagem de 66%, seguindo-se as participantes divorciadas com 31%, e por último as solteiras (2%).

Gráfico 4. Participantes de acordo com o estado civil.



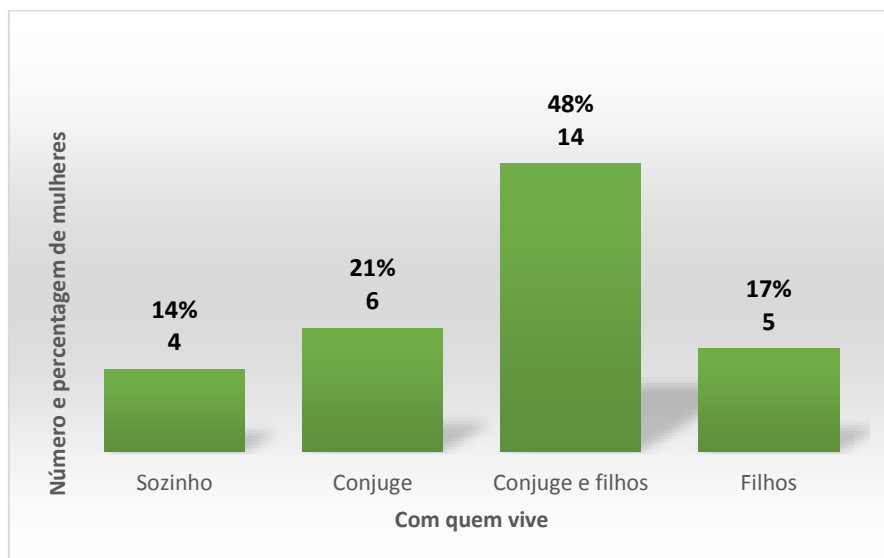
Em relação ao número de filhos (Gráfico 5), 12 (42%) tem 2 filhos, 10 (35%) tem 1 filho, 3 (10%) não tem filhos, outros 3 (10%) referem 3 filhos, e por último 1 (3%) tem 5 filhos.

Gráfico 5. Participantes de acordo com o número de filhos.



Nas respostas à questão “Com quem vive?” (Gráfico 6), constatou-se que 14 (48%) das inquiridas vive com cônjuge e filhos, 6 (21%) reside com o cônjuge, 5 (17%) vive com os filhos, e apenas 4 (14%) vive sozinha.

Gráfico 6. Participantes de acordo com quem vive/coabita.



2.2. Apresentação, análise, e discussão dos resultados das entrevistas.

Antes da apresentação, análise, e discussão dos resultados das entrevistas importa referir que foram definidas três dimensões de estudo: necessidades das mulheres no processo de transição para a menopausa, expectativas das mulheres sobre o processo de transição para a menopausa, e intervenção do enfermeiro no processo de transição para a menopausa.

Em cada uma das dimensões estudadas procurou-se criar categorias relevantes para os objetivos do estudo e adequadas ao conteúdo analisado. As dimensões, com as respetivas categorias, apresentam-se de forma esquemática na tabela 3, e são abordadas detalhadamente nos subcapítulos que se seguem.

Tabela 3. Dimensões e categorias do estudo.

DIMENSÕES	•CATEGORIAS
Necessidades das mulheres no processo de transição para a menopausa	<ul style="list-style-type: none"> •Conceito atribuído à menopausa •Sinais e sintomas no processo de transição para a menopausa •Influência dos sinais e sintomas na vida diária •Mudança no comportamento e estilo de vida •Apoio no processo de transição para a menopausa
Expectativas das mulheres sobre o processo de transição para a menopausa	<ul style="list-style-type: none"> •Decorreu como esperava •Decorreu melhor do que esperava •Decorreu pior do que esperava
Intervenção do enfermeiro no processo de transição para a menopausa	<ul style="list-style-type: none"> •Informar e orientar •Vigiar o estado de saúde •Apoiar emocionalmente

2.2.1. Necessidades das mulheres no processo de transição para a menopausa

No que concerne à categoria “**Conceito atribuído à menopausa**”, da análise do que emergiu nas respostas das entrevistadas (Tabela 4), verifica-se que o conceito que as mulheres detêm sobre o processo de transição para a menopausa e menopausa é bastante diversificado.

Tabela 4. Subcategorias e unidades de enumeração relativas à categoria “Conceito atribuído à menopausa”.

Subcategorias	Unidades de enumeração			
	Fontes (N 29)		Referências (N 279)	
	Nº	%	Nº	%
Acontecimento natural	16	55%	33	12%
Período tranquilo	14	48%	73	26%
Aspetos positivos	8	28%	13	5%
Período complicado	19	66%	110	39%
Aspetos negativos	9	31%	19	7%
Problemas de saúde	10	34%	31	11%

Algumas mulheres aceitam bem a menopausa, vêem-na como um acontecimento natural (55%), outras relatam que o período de transição para a menopausa foi tranquilo (48%), e algumas mulheres (28%) referem aspetos positivos associados à menopausa, como por exemplo: “Interferia na minha vida quando eu era menstruada. Ai sim. Condiçãoava-me bastante, pelo menos uma semana por mês” (E17); “Deixei de comprar pensos higiénicos e tampões... foi um alívio” (E2); “Deixei de ter a preocupação de quando é que o período vem. Tomava a pílula, será que tomei, será que não a tomei” (E6); “senti um alívio porque eu tinha muitas dores, quando estava com o período, foi um alívio porque deixei de ter essas dores” (E15).

Porém, verifica-se que o maior número de fontes e referências (19 fontes e 110 referências) associa a menopausa e o processo de transição para a menopausa a uma fase difícil, período complicado, utilizando com frequência termos como: difícil, complicado, problemas, chato, incomoda, dificuldades, incapacita, desconforto, desagradável, mau estar. Estas mulheres referem dificuldades decorrentes dos sinais e sintomas que surgem no processo de adaptação à menopausa, mas também associam menopausa à perda da feminilidade, fertilidade/capacidade reprodutiva, ao início do envelhecimento e à velhice, e ao aparecimento de doenças. Nas entrevistas

foi descrito o aparecimento de seis patologias associadas à menopausa: hipertensão arterial, hipercolesterolemia, artralgia, osteoporose, diabetes *mellitus* e hipotireoidismo.

Dos resultados obtidos nesta categoria pode-se concluir que a menopausa é entendida, por uma grande percentagem de mulheres, como um acontecimento natural mas algo difícil, o que está em consonância com o resultado de Bernardes (2014).

Relativamente à categoria **“Sinais e sintomas no processo de transição para a menopausa”** (Tabela 5) constata-se que os sinais e sintomas que foram referidos por um maior número de entrevistadas foram as alterações vasomotoras, a instabilidade de humor, e as alterações do corpo e imagem corporal, seguidas dos distúrbios de sono, alterações urogenitais e, por fim, as perturbações da memória.

Tabela 5. Subcategorias e unidades de enumeração da categoria “Sinais e sintomas no processo de transição para a menopausa”.

Subcategorias	Unidades de enumeração			
	Fontes (N 29)		Referências (N 350)	
	Nº	%	Nº	%
Alterações do corpo e imagem corporal	17	59%	77	22%
Alterações vasomotoras	21	72%	81	23%
Alterações urogenitais	11	38%	33	9%
Instabilidade de humor	20	69%	76	22%
Distúrbio do sono	14	48%	63	18%
Perturbações da memória	8	28%	20	6%

Nesta categoria verifica-se que a maior queixa das mulheres é em relação aos afrontamentos e suores noturnos. Algumas das citações encontradas, no presente estudo, foram: *“Vem aqueles calores fortes, mas são rápidos, passam rapidamente. Sinto um calor muito grande na parte do pescoço e da cara mas é tipo uns segundos”* (E10); *“Os afrontamentos, o calor à noite, sobretudo na cama, não é agradável.”* (E20); *“acordava toda ensopada”* (E21).

A instabilidade do humor foi referida por 20 (69%) das inquiridas, que se queixavam de ansiedade, irritabilidade, tristeza, depressão, labilidade emocional e flutuação do humor. Estes são alguns dos excertos em que as entrevistadas o assumem: *“O humor altera. Tanto estava bem-disposta, como estava mal disposta. Alterava muito”* (E1); *“qualquer coisa nos irrita”* (E10); *“sentia-me mais irritada e com mais labilidade emocional”* (E11); *“Um humor um bocadinho mais depressivo”* (E20); *“tinha alturas que só me apetecia chorar”* (E21).

Na subcategoria “alterações do corpo e imagem corporal”, 17 (59%) das participantes mencionam alterações no formato do corpo (tais como cintura, mamas, costas, ombros, perímetro abdominal), aumento do peso, perda da massa muscular, e envelhecimento da pele, cabelo e unhas. A acrescentar que algumas mulheres referem que estas alterações tiveram impacto na imagem corporal, quando dizem: *“Tens o teu corpo a transformar-se e isso incomoda-te, não é. Psicologicamente e esteticamente. A tua autoimagem muda.”* (E7); *“quando nos olhamos ao espelho, parece que o corpo não é o nosso, não era assim. Parece que não, mas a nível de autoimagem,... ficamos tristes.”* (E11).

Relativamente aos distúrbios do sono foram referidos por 14 (48%) das inquiridas. As inquiridas referem situações de dificuldade em adormecer, de insónias, e de afrontamentos noturnos e micções frequentes que prejudicam o padrão do sono.

As micções frequentes e a incontinência urinária também são indicadas pelas entrevistadas como alterações da menopausa nos órgãos genital e urinário. No entanto, em relação à subcategoria alterações urogenitais, as queixas mencionadas com maior frequência são de menos lubrificação vaginal - das onze fontes encontradas nesta subcategoria, oito mencionam secura vaginal.

Por último, as perturbações da memória foram referidas apenas por 8 (28%) das entrevistadas que se queixam de problemas de concentração e relatam lapsos de memória, como por exemplo:

“há miúdos que estão aqui há quatro anos, eu ponho-me a olhar para ele e esqueço-me do nome. Estou ali... como é que te chamas, como é que te chamas... e depois lá vem.” (E24); *estou a contar a alguém uma situação... depois por qualquer razão paro, porque acontece qualquer coisa, e eu perco-me completamente. Estou ali a patinar, e não consigo voltar à conversa. Esqueci-me, mas o que é que eu ia a dizer? Já me aconteceu mais do que uma vez* (E29).

Em relação a esta categoria, constata-se que os resultados encontrados são semelhantes aos de outros estudos portugueses, nomeadamente de Fagulha e Gonçalves (2005) e de Fagulha, Gonçalves e Ferreira (2011), em que as alterações do corpo e aparência física, instabilidade de humor e alterações vasomotoras, também são as alterações mais prevalentes.

Quando analisadas as fontes e referências da categoria **“Influência dos sinais e sintomas na vida diária”** (Tabela 6) verifica-se que, das vinte e nove mulheres que participaram neste estudo, 14 (48%) referem que os sinais e sintomas influenciaram negativamente a relação conjugal, 12 (41%) mencionam interferência a nível

profissional, 11 (38%) efeitos na relação sociocultural, e 7 (24%) influência ao nível do dia-a-dia com familiares.

Tabela 6. Subcategorias e unidades de enumeração da categoria “Influência dos sinais e sintomas na vida diária”

Subcategorias	Unidades de enumeração			
	Fontes (N 29)		Referências (N 93)	
	Nº	%	Nº	%
Relação conjugal	14	48%	45	48%
Relação familiar	7	24%	9	10%
Relação profissional	12	41%	20	22%
Relação sociocultural	11	38%	19	20%

O maior número de referências sobre a “Influência dos sinais e sintomas na vida diária” é no âmbito da relação conjugal. As inquiridas descrevem sobretudo questões relacionadas com a sexualidade que interferem na relação do casal, (diminuição do desejo sexual, diminuição da lubrificação vaginal e dispareunia), como por exemplo nos dizem estas entrevistadas: *“A nível conjugal há sempre alterações mas também... e há, pelo menos no meu caso, diminuição da lubrificação, e vamos com calma. São muitos anos de vida em comum, e leva o seu tempo a se adaptar”* (E6); *“a relação sexual também muda, ficas mais seca, se calhar baixa-te um bocado a libido. Mas pronto aí consegues dar a volta se tiveres uma boa relação com a pessoa com quem vives. Mas afeta”* (E7); *A nível conjugal o próprio marido muitas das vezes não percebia porque é que eu estava menos enérgica e essas coisas todas ... Muitas vezes o próprio casamento sofre alterações em relação a isso.”* (E11).

Estes resultados corroboram os resultados de Presado (2013). A autora evidencia a importância dos profissionais de saúde prepararem os casais para esta fase, de forma a viverem uma experiência saudável no relacionamento com o companheiro. Esta autora considera, ainda, que *“não se privilegiam os cuidados antecipatórios, ou seja, não se preparam os indivíduos para esta fase de transição”* (Presado, 2013, p.179).

O segundo maior número de referências sobre a “Influência dos sinais e sintomas na vida diária” é no âmbito profissional. Algumas participantes mencionam que os distúrbios do sono, as alterações vasomotoras, e as perturbações da memória, causaram transtornos no local de trabalho e tiveram influência negativa no desempenho da profissão. Entre as 20 referências que abordaram esta subcategoria, estão: *“dormimos pior ficamos enfim... mais cansadas e menos tolerantes a nível familiar e*

profissional” (E9); “influencia mais na altura dos afrontamentos, tenho que sair da sala. O que estou a fazer tenho que deixar de estar a fazer, e tenho que ir ali fora, e apanhar um bocadinho de ar para ver se me passa” (E24); “às vezes, a minha colega diz-me alguma coisa um dia, e eu no outro dia já não me lembro do que ela disse” (E24).

Relativamente à influência dos sinais e sintomas da menopausa na relação sociocultural, nas entrevistas das 11 participantes que falam sobre este assunto, houve relatos de menor desejo para a vida social, de alterações de humor que interferem nos relacionamentos interpessoais, e de situações de afrontamentos desagradáveis e inconvenientes, como por exemplo nos diz esta entrevistada:

foi horrível, eu estava num balcão do banco, tinha uma camisa branca, que eu usava as camisas justinhas ao corpo, porque eu ainda tinha corpinho para isso. A camisa ficou colada, notava-se o soutien, notava-se tudo. Uma coisa horrível, eu sai de lá a fugir. (E1)

Em relação à influência dos sinais e sintomas da menopausa na relação familiar, apenas 7 (24%) das inquiridas referem que sentiram que a relação familiar foi afetada. Algumas mulheres dizem que sentiam mais cansaço e menos tolerância com os familiares, enquanto outras referem humor alterado e irritabilidade.

No que diz respeito à categoria **“Mudança no comportamento e estilo de vida”** (Tabela 7), aquilo que as mulheres questionadas referem ter alterado no processo de transição para a menopausa foi: 17 (59%) referem que iniciaram terapia; 11 (38%) dizem que alteraram a atividade física; outros 11 (38%) mencionam que mudaram hábitos alimentares; também 11 (38%) referem alterações na vigilância de saúde; 3 (10%) indica que modificou o consumo de álcool/tabaco; outras 3 (10%) que alteraram o vestuário; e 1 (3%) que modificou a atividade cognitiva.

Tabela 7. Subcategorias e unidades de enumeração da categoria “Mudança no comportamento e estilo de vida”

Subcategorias	Unidades de enumeração			
	Fontes (N 29)		Referências (N 136)	
	Nº	%	Nº	%
Atividade cognitiva	1	3%	1	1%
Atividade física	11	38%	20	15%
Consumo de álcool/tabaco	3	10%	3	2%
Hábitos alimentares	11	38%	20	15%
Uso de terapia	17	59%	61	45%
Vestuário	3	10%	6	4%
Vigilância de saúde	11	38%	25	18%

Relativamente ao uso de terapia foram consideradas todas as referências que envolviam tratamento/intervenção no alívio de sintomatologia e prevenção de complicações.

Da análise das respostas constatou-se que algumas mulheres referem o uso de terapia de compensação hormonal, cujo nome nem sempre se recordam (utilizam termos como medicamento, adesivo, selo e pílula de substituição). Outras referem o uso de terapia natural como isoflavonas de soja, vitaminas, cálcio e ómega 3, sendo que uma das inquiridas diz ter recorrido à acupuntura. Várias entrevistadas mencionam, ainda, a utilização de lubrificantes vaginais por secura vaginal (sem mencionarem se se trata de produto natural ou químico), uma mulher refere o uso de exercícios *Kegel* por micções involuntárias, e outra participante refere o tratamento cirúrgico de incontinência urinária.

Relativamente à vigilância de saúde algumas mulheres dizem ter recorrido ao médico, ou ao ginecologista, só quando surgiam sinais e sintomas, tal como no estudo de Presado e Cardoso (2014). Outras entrevistadas referem que passaram a ter um maior acompanhamento dos profissionais de saúde e a realizar exames complementares de diagnóstico com mais frequência.

A alimentação e o exercício físico são ambos citados, como comportamentos e estilos de vida alterados no processo de transição para a menopausa, em 15% das referências. Nas citações são encontradas referências a início de cuidados alimentares, uso de dieta, início ou intensificação de atividades físicas, tais como caminhada, hidroginástica e ginásio.

Sobre a mudança no comportamento e estilo de vida, existem ainda: 6 (4%) das referências que falam da alteração da roupa durante o processo de transição para a menopausa, isto é ao uso de roupa mais larga e fresca; 3 (2%) das referências que falam da diminuição do uso do álcool e tabaco; e 1 das referências (1%) que fala da atividade cognitiva, dizendo ter aumentado os hábitos de leitura *“tento ler porque dizem que se eu ler que ajuda a exercitar o cérebro”* (E26).

Nesta categoria, tal como na categoria “Influência dos sinais e sintomas na vida diária”, constata-se que o número total de referências não foi muito elevado. De facto existem mulheres a referir que não sentiram que a sintomatologia influenciasse o dia-a-dia, e que não sentiram necessidade de alterar o seu comportamento e estilo de vida.

Em relação às mulheres que referem que alteraram o comportamento e estilo de vida, verifica-se que mencionam sobretudo o uso de terapia, sobretudo a terapia hormonal de compensação. A terapêutica hormonal de compensação revela-se eficaz na resolução de alguns aspetos sintomáticos subjacentes a esta fase, no entanto dada a complexidade de riscos e contraindicações, verifica-se que algumas mulheres optam por terapia alternativa, que acreditam ser mais seguro e isento de perigo.

No estudo de Correia (2009) os resultados obtidos foram diferentes. Neste estudo constatou-se que os comportamentos que as mulheres referem ter alterado após entrada na menopausa foram sobretudo “fazer uma rotina de exames de rastreio”, seguida de “fazer exercício físico” e “reduzir a obesidade”, sendo que só 5,3% refere o início de terapia, mais concretamente “iniciar terapia hormonal de substituição”.

Por último, na dimensão “Necessidades das mulheres no processo de transição para a menopausa”, no que diz respeito à categoria **“Apoio no processo de transição para a menopausa”** (Tabela 8), verifica-se que das 164 referências encontradas nesta categoria 102 (63%) correspondem a referências que citam ausência de apoio no processo de transição para a menopausa, e 62 (37%) mencionam apoio de família, amigos, colegas, profissionais de saúde, e/ou meios de comunicação social.

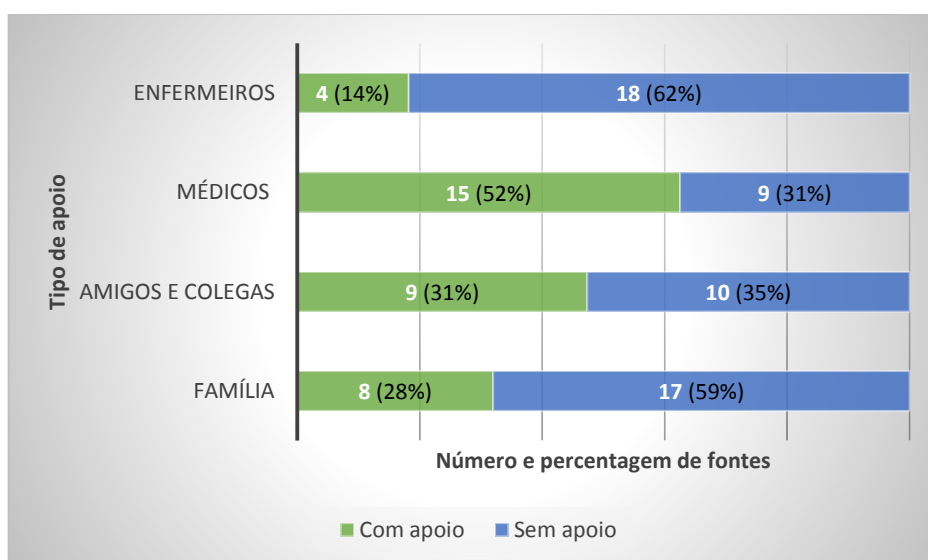
A destacar que só existem 3 referências a meios de comunicação social, referindo-se apenas à internet. Não existe nenhuma referência de livros, revistas, televisão ou outro meio de comunicação social, o que difere de estudos anteriores (Correia, 2009; Bernardes, 2014).

Tabela 8. Subcategorias e unidades de enumeração da categoria “Apoio no processo de transição para a menopausa”.

Subcategorias	Unidades de enumeração			
	Fontes (N 29)		Referências (N164)	
	Nº	%	Nº	%
Com apoio				
• Amigos/colegas	9	31%	13	8%
• Família	8	28%	11	7%
• Médico	15	52%	24	15%
• Enfermeiro	4	14%	11	7%
• Meios de comunicação social	2	7%	3	2%
			62	38%
Sem apoio				
• Amigos/colegas	10	35%	14	9%
• Família	17	59%	26	16%
• Médico	9	31%	26	16%
• Enfermeiro	18	62%	36	22%
			102	62%

Relativamente ao apoio sentido pelas mulheres no processo de transição para a menopausa (Gráfico 7) verifica-se que 15 (52%) referem apoio do médico de família/ginecologista na vigilância de saúde, no alívio de sintomas, na informação, esclarecimento e aconselhamento sobre menopausa. Por outro lado, 9 (31%) dizem que não tiveram apoio médico.

Gráfico 7. Apoio no processo de transição para a menopausa.



Em relação ao médico, do que emerge das respostas das entrevistadas, é que a maioria das mulheres recorre ao médico devido à sintomatologia que apresenta e por necessidade terapêutica, conseguindo o apoio que pretende. No entanto existem 9 (31%) mulheres que referem que não tiveram a ajuda pretendida, como por exemplo demonstram os testemunhos que se seguem:

falei à minha médica. E disse Olhe estou de falhas, não é altura de começar a tomar um suplemento? Na minha ideia... E ela respondia-me que ainda era cedo, era cedo. E quando... quando eu percebi, eu já estava numa situação complicada (E1)

quando fui ao oncologista ele perguntou-me o que é que estava a fazer, e eu disse-lhe que nada. E ele disse que isso era um erro (...) Existe informação contraditória e pelos vistos desatualizada (...) se eu soubesse que a ginecologista não tinha razão. Agora já é tarde... Se eu tivesse tido informação e esclarecimento mais cedo, tinha tido oportunidade de tomar outra decisão. Também era importante para me deixarem escolher. Ninguém me deixou escolher. Não fui eu que escolhi. Acho isto completamente errado. (E5)

Em relação ao apoio de amigos e/ou colegas 9 (31%) das mulheres referem apoio. Algumas dizem que os amigos/colegas revelaram maior tolerância e compreensão, outras mencionam que ajudaram com informação e conselhos. No entanto, verifica-se que 10 (35%) das inquiridas negam esse apoio, sendo que 8 mulheres transmitem não ter tido apoio porque não procuraram/não precisaram de ajuda, e 2 manifestam falta de apoio, como por exemplo nos diz esta entrevistada:

do trabalho não tive, aliás a pessoa sente que, a memória já não é a mesma, aquilo que tu rendes...sei lá...estás cansada, e tudo aquilo que tens que fazer, sentes que tens menos capacidades físicas e mentais para o fazer. E as pessoas não querem saber o que tenhas, nem ligam a isso. (E7)

Sobre o apoio da família, foi possível verificar que 8 (28%) das entrevistadas afirmam que tiveram ajuda da família. Algumas referem-se ao apoio familiar de forma geral, outras mencionam apoio do marido, mãe e/ou filhos. Porém, constata-se que existem 17 (59%) das mulheres a referir que não tiveram apoio familiar, em que a maioria (11) indica que não teve apoio porque não procurou ou não foi necessária ajuda.

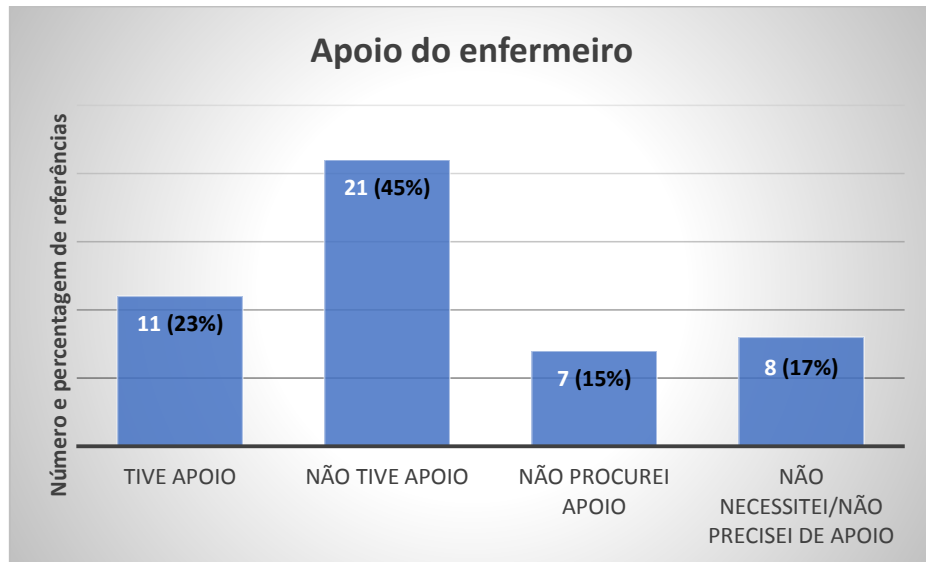
Por último, constata-se que só 4 (14%) das inquiridas citam apoio por parte do enfermeiro. É referido como apoio de enfermagem a divulgação de informação em folheto, e o ensino e esclarecimento de dúvidas em consulta, como por exemplo nos dizem estas citações: “*deram-me uns folhetos informativos sobre a menopausa, que diriam mais ou menos o tipo de modificações que eu ia sentir, cuidados que devia ter, algumas coisas*” (E22); “*Para mim o bocadinho que estive a falar com a enfermeira do planeamento foi muito bom. Esclareceu-me e*

sei o que tenho que fazer. Sei que tenho que mudar muita coisa, a nível de exercício, de alimentação.” (E24)

A acrescentar que das 47 referências encontradas sobre o apoio do enfermeiro (Gráfico 8), 11 (23%) relatam apoio, 8 (17%) referem que não foi necessária ajuda, 7 (15%) citam que não procuraram auxílio, e 21 (45%) dizem que não tiveram apoio. O relato que se segue é um dos exemplos de inexistência de apoio de enfermagem:

os contactos que tive com o enfermeiro foi no âmbito da consulta de planeamento em que eu faço... eu nunca fazia... não podia ter filhos, não necessitava de tomar contraceptivos, nada disso. Era só quando me faziam aquele exame, o papanicolau. Eram muito cuidadosos. Punham algumas questões, nomeadamente sobre a minha vida sexual e reprodutiva, mas em relação à menopausa nunca se colocou a questão. (E20)

Gráfico 8. Apoio do enfermeiro no processo de transição para a menopausa.



Em resumo, da análise das respostas na categoria “apoio no processo de transição para a menopausa”, conclui-se que existe um número elevado de mulheres que revelam que não tiveram apoio da família, amigos, colegas, e/ou profissionais de saúde. No entanto, importa referir que algumas mulheres mencionam que não tiveram apoio porque não procuraram ajuda e/ou não precisaram desse apoio.

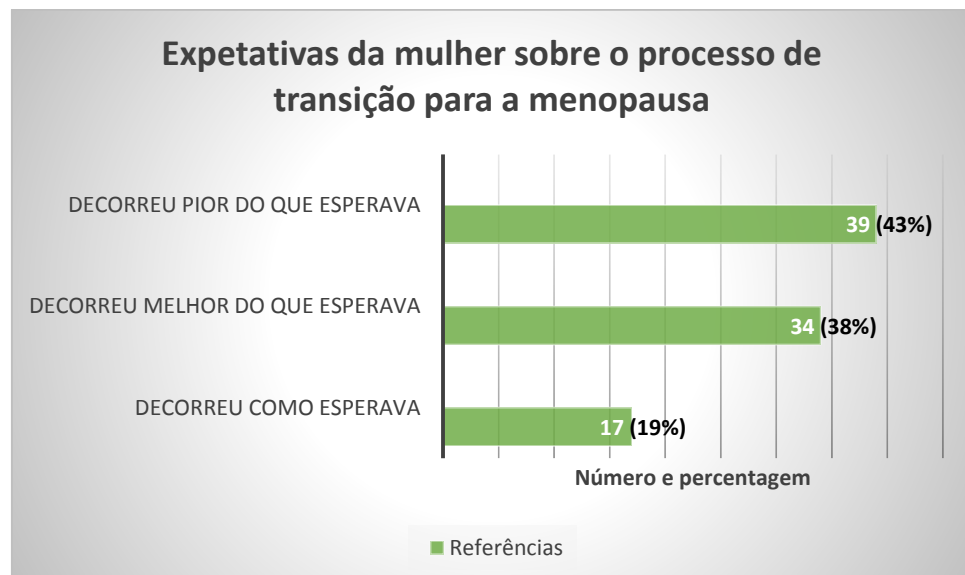
Em relação às mulheres que referem apoio, verifica-se que falam sobretudo de acompanhamento médico, e que a maioria diz não ter tido apoio de enfermagem. Este resultado está em consonância com os dados encontrados no estudo de Correia (2009), em que 67,4% das mulheres referem que foram acompanhadas pelo médico e só 3,2% das mulheres relatam apoio e acompanhamento do enfermeiro.

A destacar que em muitas situações o apoio médico reduziu-se à prescrição de terapêutica hormonal de compensação e, ainda, que algumas mulheres sentem que não são devidamente informadas, sendo o médico a decidir sobre as medidas a adotar. Sobre este assunto existe convergência com os resultados obtidos no estudo de Bernardes (2014), em que a autora diz que as mulheres: “Sentem que não são ouvidas em relação às suas dúvidas e não têm voz ativa em relação a si e ao seu corpo. As decisões são tidas sem que para isso tenham sido ouvidas, esclarecidas ou questionadas acerca das opções a adotar.” (Bernardes, 2014, p.115)

2.2.2. Expectativas das mulheres sobre o processo de transição para a menopausa

Nesta dimensão pretendeu-se investigar se a transição para a menopausa decorreu como as mulheres esperavam, e verifica-se que das 90 referências encontradas sobre este assunto: 39 (43%) afirma que decorreu pior do que esperava, 34 (38%) diz que decorreu melhor do que esperava, e 17 (19%) refere que decorreu como esperava (Gráfico 9).

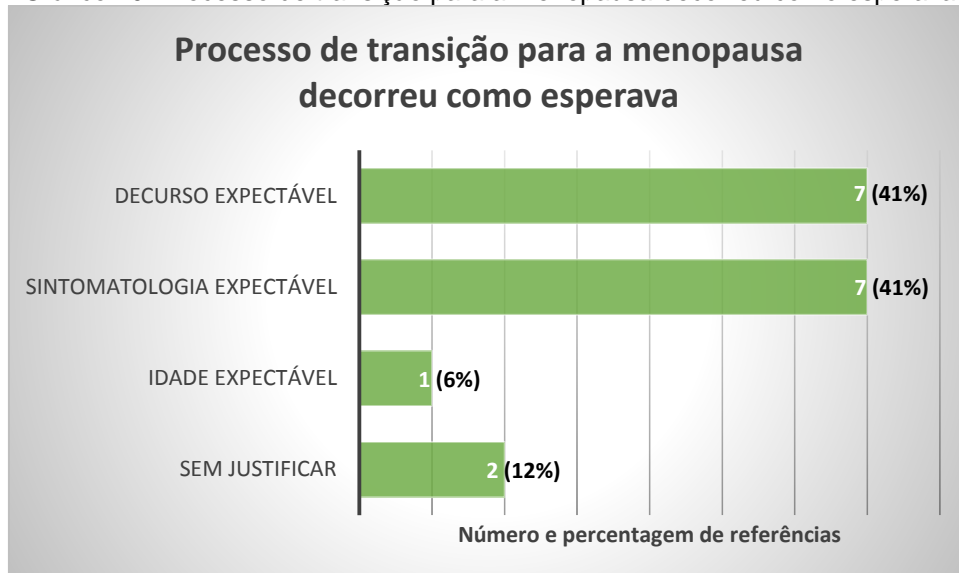
Gráfico 9. Expetativas das mulheres sobre o processo de transição para a menopausa.



Das 17 referências encontradas que referem que o processo de transição para a menopausa **decorreu como esperava** (Gráfico 10): 7 (41%) dizem que o decurso foi o expectável; também 7 (41%) referem que a sintomatologia foi a expectável; 1 (6%)

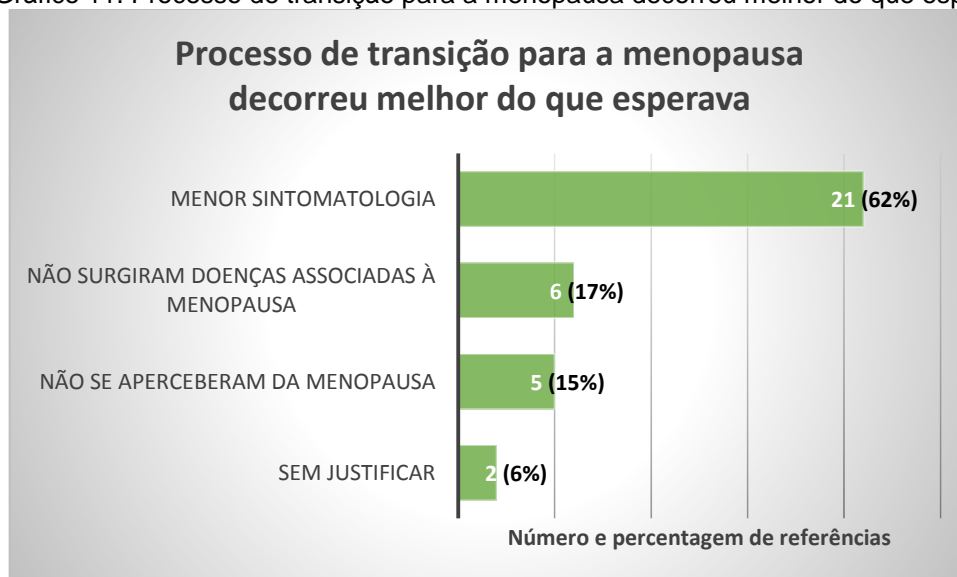
que aconteceu na idade esperada; e 2 (12%) não indicam a razão pela qual decorreu como esperavam, dizendo simplesmente: “Decorreu como esperava.” (E17) (E27)

Gráfico 10. Processo de transição para a menopausa decorreu como esperava



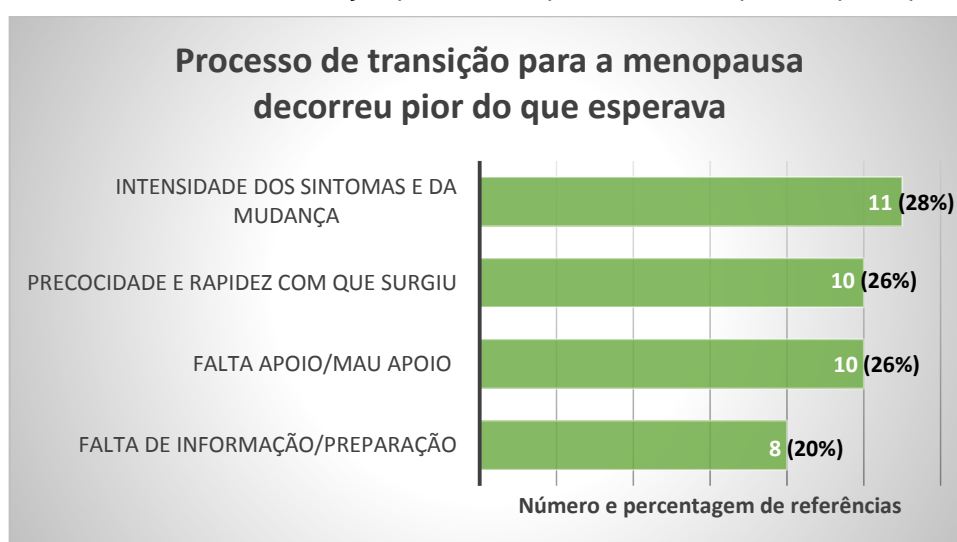
Em relação às 34 referências que indicam que o processo de transição para a menopausa **decorreu melhor do que esperava** (Gráfico 11) verifica-se que: 21 (62%) mencionam que correu melhor porque esperavam mais sintomatologia; 6 (17%) referem que receavam o aparecimento de doenças associadas à menopausa e isso não aconteceu; 5 (15%) dizem que não se aperceberam da menopausa; e 2 (6%) declaram apenas que correu melhor do que esperava.

Gráfico 11. Processo de transição para a menopausa decorreu melhor do que esperava



Relativamente às referências que mencionam que **decorreu pior do que esperava**, constata-se que totalizam a maior percentagem de referências encontrado nesta dimensão (43%). Na análise das referências (Gráfico 12) verifica-se que: 11 (28%) reportam-se à intensidade dos sintomas e/ou mudanças ocorridas; 10 (26%) falam da precocidade e rapidez com que surgiu a menopausa; outros 10 (26%) referem falta e/ou mau apoio durante o processo de transição; e 8 (20%) dizem que existiu falta de informação e/ou preparação para o processo de transição para a menopausa.

Gráfico 12. Processo de transição para a menopausa decorreu pior do que esperava



Nesta dimensão, apurou-se que existe uma elevada percentagem de referências (38%) a mencionar que a transição para a menopausa decorreu melhor do que esperava. Algumas mulheres porque não sentiram a sintomatologia de que ouviam falar ou que presenciavam em elementos da família, colegas e amigas. Outras porque não surgiram doenças associadas à menopausa. Existem, ainda, algumas entrevistadas que referem que não se aperceberam da menopausa: “*Eu estava à espera que aquilo fosse uma coisa horrível. Estava na menopausa e achava que ainda não estaria, porque ainda não tinha passado essa fase horrível*” (E3); “*A minha mãe diz que passou muito mal também. Eu estava a passar bem, que nem dei pela menopausa.*” (E15)

No estudo de Bernardes (2014) também são encontrados testemunhos de que esta fase da vida “*parece ter surpreendido algumas mulheres de forma positiva*” (Bernardes, 2014, p. 92).

Apesar de se verificar que existe um grande número de mulheres a referir que decorreu melhor do que esperava, constata-se que o maior número de referências pertence à categoria “Decorreu pior do que esperava” (43%). Destas referências muitas referem-se à intensidade dos sintomas e das mudanças: *“quando eu percebi, eu já estava numa situação complicada, já não dormia”* (E1); *“os sintomas foram mais intensos do que aquilo que eu pensava”* (E11); *“achamos que vamos digerir muito bem esta fase, estas alterações da vida, mas vivi pior, ou melhor, senti pior do que aquilo que estava a espera”* (E18). *“Foi uma coisa tão desconfortável.”* (E26)

Existem, outras, referências que mencionam falta de informação, preparação e apoio, no processo de transição para a menopausa, como por exemplo: *“se eu tivesse procurado, se tivesse lido mais, se tivesse pesquisado mais, e depois se tivesse vindo procurar ajuda, se calhar as coisas tinham sido diferentes”* (E1); *“Eu tive um período com menstruação, depois outro em que já não vinha, ... e eu não sabia o que era. Não estava preparada.”* (E8); *“também esperava mais apoio”* (E11); *“Se existissem reuniões de partilha de experiências, com pessoal qualificado, neste caso de enfermagem, talvez as coisas tivessem corrido melhor.”* (E5)

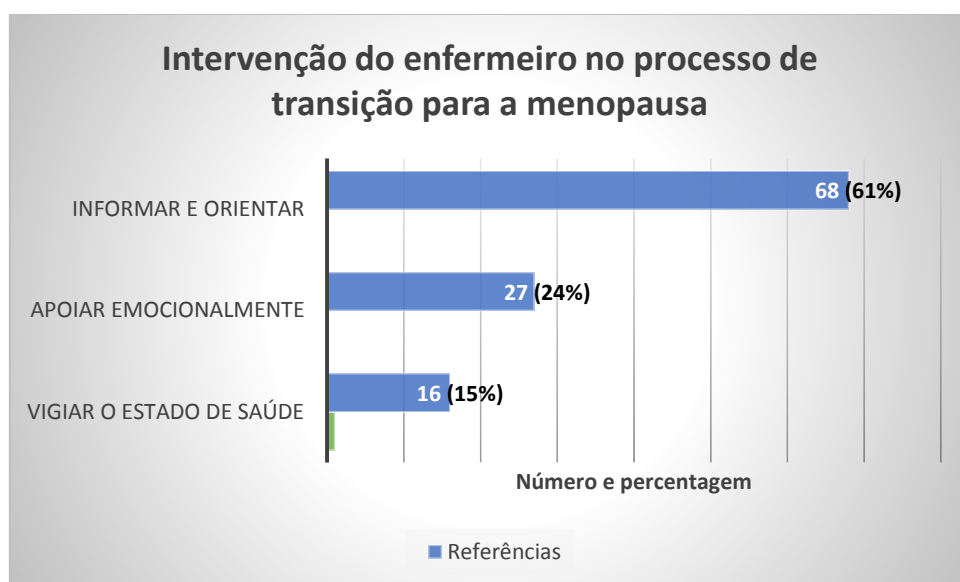
A informação, preparação e apoio, é essencial para que exista um processo de transição bem-sucedido. No entanto, existem autores que referem que o processo de transição para a menopausa ainda é um assunto pouco discutido e algo interdito. *“A partilha das experiências quer com outras mulheres quer com os profissionais de saúde é considerada muito importante, mas ainda pouco desenvolvida pelas mulheres, porque ainda é considerado “tabu”.*” (Bernardes, 2014, p. 94). Também, algumas das nossas entrevistadas abordam a questão do “tabu” e do preconceito, nomeadamente esta participante quando diz:

é mais um bicho-de-sete-cabeças que se faz, à volta de um problema que é normal, que acontece. As pessoas às vezes fazem isso mais por preconceito, ou não sei... eu penso assim. Não tenho preconceitos em falar sobre nada, não aceito que as pessoas façam um bicho-de-sete cabeças, não se pode falar porque é vergonha, e porque deixamos de ser mulheres... Acho que isso é mais uma fase que nós temos que saber ultrapassar e saber gerir, conforme o que surgir. (E29)

2.2.3. Intervenção do enfermeiro no processo de transição para a menopausa

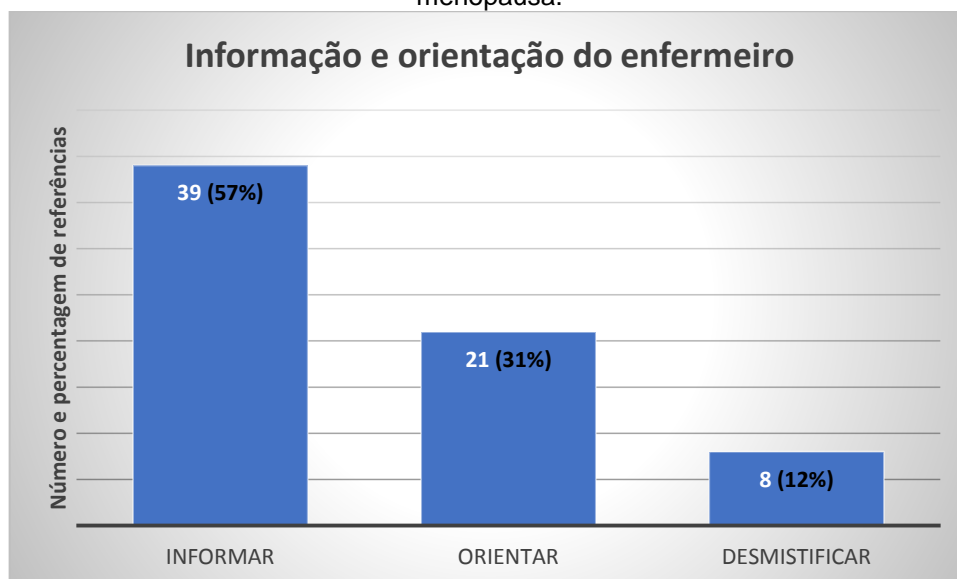
Nesta dimensão pretendeu-se pesquisar a opinião das mulheres sobre qual deve ser o apoio, auxílio e ajuda, do enfermeiro no processo de transição para a menopausa (Gráfico 13) e constata-se que das 111 referências neste âmbito: 68 (61%) referem que o enfermeiro deve informar e orientar, 27 (24%) transmitem que o enfermeiro deve apoiar emocionalmente a mulher, e 16 (15%) dizem que o enfermeiro deve vigiar o estado de saúde da mulher no processo de transição para a menopausa.

Gráfico 13. Intervenção do enfermeiro no processo de transição para a menopausa.



Em relação à intervenção do enfermeiro **“informar e orientar”** (Gráfico 14) verifica-se que das 68 referências encontradas: 39 (57%) menciona que o enfermeiro deve informar, explicar e esclarecer sobre o assunto, 21 (31%) refere que o enfermeiro deve aconselhar e orientar as mulheres, e 8 (12%) dizem que o enfermeiro deve desmistificar alguns mitos e crenças relacionados com a menopausa.

Gráfico 14. Informação e orientação do enfermeiro no processo de transição para a menopausa.



Constata-se que as mulheres sentem sobretudo falta de informação e esclarecimento sobre menopausa numa perspetiva preventiva, isto porque pretendem manter, restabelecer e melhorar a sua saúde nesta fase de transição. É, por isso, que consideram importante a intervenção do enfermeiro ao nível da informação e educação para a saúde, tal como nos dizem estas participantes: *“podia dar informação em várias áreas, desde a alteração de comportamentos, alterações físicas, cuidados com a alimentação, alguma questão da vida social”* (E3); *“Acho que deveriam ser assunto todas as coisas que se deveriam prevenir um bocadinho antes, e ajudar a mantê-las nesta fase”* (E7); *“na altura em que as mulheres estão na pré-menopausa ou até mesmo na menopausa, fazerem educação para a saúde, em relação a tudo o que possa melhorar a qualidade de vida das mulheres. O desporto, a alimentação, (...) Os enfermeiros podem ter um papel importante nessa área.”* (E14)

A acrescentar que uma das participantes sugere mesmo ações de formação sobre menopausa, quando diz: *“Nos centros de saúde havia de existir formação sobre este assunto. Podia haver umas formações sobre a menopausa.”* (E21)

A importância da intervenção do enfermeiro na educação para a saúde, numa perspetiva preventiva, também é mencionada pelas participantes do estudo de Bernardes (2014), esta autora diz-nos *“Para todas as mulheres, ter conhecimento sobre o que esperar durante este processo de transição é considerado relevante para uma transição bem-sucedida.”* (Bernardes, 2014, p. 93).

Ainda relativamente a esta categoria, foi possível encontrar 21 referências sobre a intervenção do enfermeiro no aconselhamento e orientação das mulheres, sobretudo

na prevenção de complicações, como por exemplo: “O que é que deve fazer para não se sentir tanto mal” (E4); “as coisas que podem fazer, eventualmente, para melhorar essas alterações que não são lá muito agradáveis” (E9); “um acompanhamento para ver o que é que pode, de alguma maneira, substituir essa compensação hormonal. Não sei. Outras terapias, outro tipo de vida, hábitos.” (E12); “acho que quem passa mal, acho que deve ir falar com os enfermeiros, para ver o que é que devem fazer, o que é que acham melhor” (E15); “O que é que uma pessoa deve fazer, qual é a melhor maneira de ultrapassar isso.” (E28)

Verifica-se, também, que inerente à menopausa existem alguns estigmas que interferem no processo de transição para a menopausa, e que importa desmistificar.

O depoimento abaixo ilustra a importância do enfermeiro intervir nesta área:

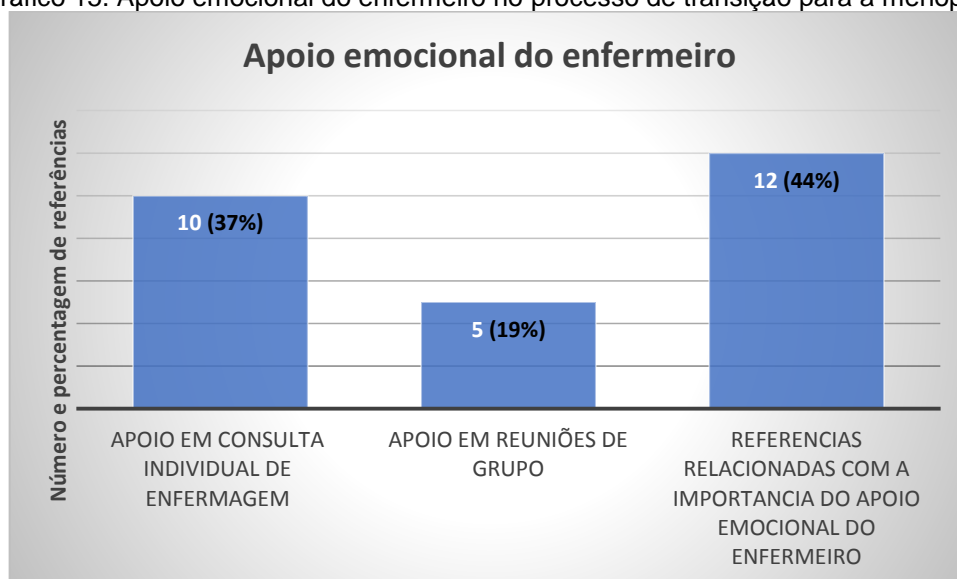
as nossas mães diziam muito mal da menopausa, era o princípio do fim de tudo. Pronto as mulheres deixavam de ser saudáveis, deixavam de... a menopausa era um horror (...) Existem muitas mulheres da minha idade e as futuras que ainda devem dizer mal da menopausa. Desmistificar um bocado. Isto é um processo natural, pode ser bem vivido, as mulheres continuam a ser iguais ao que eram... a nossa vida não tem que mudar por isso ... Desmistificar isto. (...) Ajudá-las se calhar a ultrapassar estes mitos que existem no que diz respeito à menopausa. Menopausa igual a velhice. Também se for igual a velhice também não tem problema nenhum. As pessoas têm que envelhecer. (E2)

Ainda sobre a intervenção do enfermeiro no “desmistificar” a menopausa, uma das participantes sugere a realização de ações de educação para a saúde no âmbito da saúde escolar:

se calhar era importante nas escolas abordarem esta questão. Podia existir aí algum trabalho. (...) Por exemplo, quando abordam as questões da sexualidade e reprodutividade, desmistificar algumas questões associadas a menopausa. De que é horrível, que cria muitos problemas. Eu acho que se criam logo muitos preconceitos. Se começasse a ser trabalhada em jovem, com a abordagem adequada à idade, seria muito importante. Na escola quando falam da educação sexual seria importante abordar também esta fase da vida como natural. (E3)

Relativamente às referências encontradas sobre a intervenção do enfermeiro “**apoiar emocionalmente**” (Gráfico 15), constata-se que: 10 (37%) referem que seria importante o apoio em consulta de enfermagem; 5 (19%) defendem a importância do apoio do enfermeiro na dinamização de reuniões de grupo de mulheres em processo de transição para a menopausa/menopausa; e 12 (44%) são citações que referem, de forma geral, a importância do apoio emocional do enfermeiro.

Gráfico 15. Apoio emocional do enfermeiro no processo de transição para a menopausa.



A maior percentagem de citações nesta categoria refere-se, de forma geral, à importância do apoio emocional do enfermeiro, algumas realçando competências do enfermeiro que a mulher considera essenciais, como mostrar disponibilidade e capacidade de escuta. Estes são alguns dos excertos encontrados que abordam o assunto: “É um profissional que está muito acessível. É alguém que está muito próximo das pessoas” (E3); “Os médicos não têm tanto tempo. Os enfermeiros ouvem as pessoas. Os enfermeiros têm mais tempo para dar atenção” (E8); “O podemos desabafar com o enfermeiro.” (E15)

Estes resultados estão de acordo com os resultados encontrados no estudo de Correia (2009) que revela que as mulheres consideram o apoio de enfermagem importante porque os enfermeiros “mostram-se disponíveis”, “dão importância aos problemas dos utentes”, “são simpáticos e sabem escutar” (Correia, 2009, p. 77).

Sobre a subcategoria “apoio emocional em consulta individual de enfermagem” algumas participantes dizem-nos:

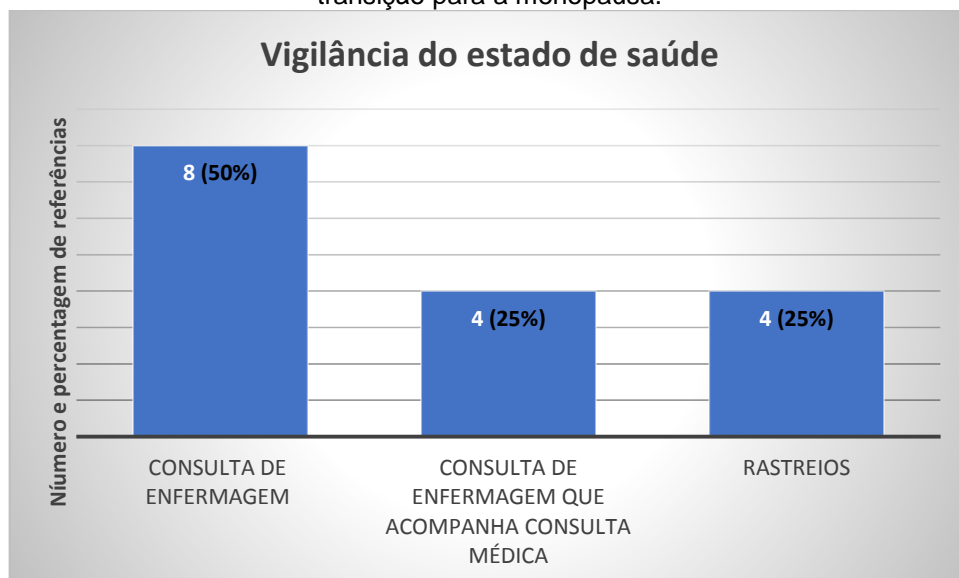
uma consulta de enfermagem adequada para a menopausa poderia ajudar muito, falando nestas coisas que muitas vezes as mulheres não falam, quer seja a nível da relação sexual, quer seja nas coisas mais a nível psicológico e físico, para a mulher não sentir tanto. (E7); consulta de enfermagem acho que era muito bom, porque há medos, há receios, há coisas, há mudanças no nosso corpo, que nos deixam assim um bocadinho inseguras, complexadas, está a ver... algumas coisas. Acho que os enfermeiros podem ajudar um bocado. Um bocado não, muito. (E26)

Nesta categoria, também, foi referenciado como importante o apoio emocional do enfermeiro na dinamização de reuniões de grupo de mulheres em processo de transição para a menopausa/menopausa, onde as mulheres possam partilhar

experiências, expressar vivências e discutir a temática. Sobre o assunto, algumas mulheres dizem: “Se calhar fazer algumas reuniões de grupo, onde estejam pessoas que estão a passar por isso, e outras que já passaram por essas situações (...) onde cada um pode falar um bocado da sua experiência.” (E5); “em grupo também não seria má ideia, para trocar ideias. Pode-se partilhar situações, sentimentos.” (E26)

Por fim, no que diz respeito às referências encontradas relativamente à intervenção do enfermeiro **“vigiar o estado de saúde”** da mulher no processo de transição para a menopausa (Gráfico 16), constata-se que: 8 (50%) referem-se a consulta de enfermagem de vigilância do estado de saúde, 4 (25%) mencionam consulta de enfermagem a acompanhar consulta médica de vigilância do estado de saúde, e 4 (25%) falam da realização de rastreios.

Gráfico 16. Vigilância da saúde da mulher, realizada pelo enfermeiro, no processo de transição para a menopausa.



Da análise das respostas encontradas apura-se que algumas mulheres falam da importância dos enfermeiros realizarem rastreios para várias situações que podem surgir nesta fase. Outras referem que seria importante a existência de consulta de vigilância de saúde de enfermagem a acompanhar a consulta médica, quando nos dizem, por exemplo:

dar apoio ao que já se faz nesta área, às consultas médicas que já se fazem nesta fase. Consulta médica com o apoio da equipa de enfermagem. Acho que beneficiariam muito. Só o apoio médico resolve ali o problema físico, mas se calhar o outro não te resolve tão bem. Tenta colmatar o físico, mas o outro não tão bem. E se não estás bem num lado, depois também não estás bem no outro. Se conseguires conjugar as duas coisas acho que ajudava bastante. (E7)

Porém, verifica-se que a maioria das referências (50%) dá ênfase à vigilância de saúde em consulta de enfermagem, sem referir acompanhamento médico, como nos dizem estas participantes:

haver mesmo uma consulta de enfermagem de menopausa. Assim como há de planeamento familiar, de saúde materna, e de saúde infantil. Acho que isso era importantíssimo. Criar nos centros de saúde, porque são muitos anos que as mulheres vivem em menopausa, e não têm acompanhamento, nem vigilância da saúde. (E14); acho que era importante haver consultas de enfermagem como há para adolescentes. Quando uma pessoa entra na adolescência há imensas consultas, para os jovens, para iniciarem a saúde sexual e vigiarem a saúde. Há imensas... Mas para a menopausa não há nada. Eu acho que tudo é bom. Também era importante que houvesse para a menopausa. (E27)

Nesta categoria é possível constatar que algumas mulheres consideram a vigilância e assistência de enfermagem como complemento à vigilância e assistência médica, mas para outras mulheres a consulta de enfermagem parece ser considerada como autónoma, e há quem manifeste a importância de criar espaços de atendimento exclusivo de enfermagem: “Uma sala própria onde as pessoas nessa situação pudessem ir, diretamente, sem ter que marcar consulta.” (E22)

Porém, nem todas as mulheres parecem reconhecer que existem enfermeiros que assumem esta área de intervenção e que assumem “no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher” (Regulamento n.º127/2011, p. 8662), como é o caso da vigilância e assistência em processos de transição para a menopausa.

No estudo de Azevedo (2010) também se verificou que algumas mulheres não procuraram o apoio do EESMOG “por desconhecimento das suas respetivas competências na área, e da sua importância na preparação planeada e fundamentada para evitar complicações,” (Azevedo, 2010, p. 239).

Por fim, e em relação a esta dimensão, a destacar que as mulheres parecem considerar importante a intervenção do enfermeiro na educação para a saúde numa perspetiva preventiva. Este facto é reconhecido e defendido pela OMS (2016) que considera o papel do EESMOG importante na promoção da literacia em saúde, na capacitação da autogestão dos cuidados, e no apoio do envelhecimento saudável, dizendo, ainda, que: “Estes profissionais são vitais para a proteção e melhoria da saúde, no apoio que disponibilizam às pessoas para serem elas próprias a gerir a sua saúde, e ao assegurarem o acesso e a continuidade dos cuidados.” (OMS, 2016, p.9).

CONCLUSÃO

A realização desta dissertação surgiu da necessidade de melhorar os cuidados de enfermagem à mulher em processo de transição para a menopausa, contribuindo dessa forma para a melhoria da qualidade de vida da mulher.

Os cuidados de enfermagem, em consulta de planeamento familiar, nos CSP cingem-se frequentemente a um “atendimento mecanicista, frustrante e quase sempre impessoal” (Correia, 2009, p. 79), e revelam que “os profissionais de saúde não se encontram sensibilizados e como tal ainda pouco informados” (Presado, 2013, p. 176) nomeadamente sobre as necessidades e expectativas da mulher no processo de transição para a menopausa.

A divulgação dos resultados encontrados neste estudo sobre as necessidades e expectativas das mulheres no processo de transição para a menopausa, bem como as sugestões de intervenções de enfermagem que serão apresentadas nesta conclusão, podem ajudar o EESMOG dos CSP a delinear estratégias de intervenção que contribuam para o potencial máximo de bem-estar e saúde da mulher, capacitando-a para o autocuidado e autovigilância, promovendo a adoção de estilos de vida saudáveis e a vivência positiva do processo fisiológico da menopausa.

Da síntese dos resultados encontrados parece poder-se concluir:

- O processo de transição para a menopausa é entendido como um acontecimento natural mas algo difícil. A mulher associa este processo a sinais e sintomas desconfortáveis, a perda da feminilidade e fertilidade, ao início do envelhecimento e à velhice, e ao aparecimento de doenças;
- Os sinais e sintomas que as mulheres mencionam com mais frequência são as alterações vasomotoras, a instabilidade de humor, e as alterações do corpo e imagem corporal. Existem, ainda, queixas de distúrbios de sono, alterações urogenitais e perturbações da memória;
- Os sinais e sintomas podem interferir na relação conjugal, familiar, profissional e sociocultural da mulher. Interferem, sobretudo, no relacionamento conjugal devido a questões relacionadas com a sexualidade (diminuição do desejo sexual, diminuição da lubrificação vaginal e dispareunia);
- Algumas mulheres não sentem que a sintomatologia interfira no seu dia-a-dia e não sentem necessidade de alterar comportamentos e estilo de vida. Outras

sentem que a sintomatologia interfere bastante, e sentem necessidade de mudança referindo-se sobretudo ao início de terapia;

- As mulheres nem sempre têm apoio de família, amigos, colegas, e/ou profissionais de saúde, porque não procuram ou não precisam desse apoio. E aquelas que têm apoio referem sobretudo acompanhamento médico, e raramente mencionam apoio do enfermeiro;
- Apesar de várias mulheres sentirem que o processo de transição para a menopausa decorreu melhor do que esperavam, a maioria refere que decorreu pior pela: sintomatologia intensa, precocidade e rapidez com que surgiu, algumas pela falta e/ou mau apoio durante o processo, e outras pela falta de informação e/ou preparação;
- Na opinião das mulheres o enfermeiro deve informar e esclarecer sobre o assunto (sobretudo numa perspetiva preventiva), aconselhar e orientar, desmistificar mitos e crenças, apoiar emocionalmente em consulta de enfermagem e/ou grupos de interajuda, e vigiar o estado de saúde da mulher em consulta e através de rastreios.

Conhecendo necessidades, expectativas e opiniões, de mulheres que vivenciaram o processo de transição para a menopausa pretende-se expor algumas ideias fundamentais para a prática do EESMOG nos CSP, desafiando-o a maior intervenção nesta área, tais como:

- Iniciar educação para a saúde durante a fase reprodutiva da mulher, preparando-a para o processo de transição para a menopausa. Educação para a saúde, individualmente ou em sessões de grupo, sobre: modificações biológicas e fisiológicas inerentes ao processo de transição, sintomatologia associada e como evitar e/ou minimizar complicações, fatores de risco associados e sua prevenção, e recursos da comunidade;
- Trabalhar a imagem negativa da menopausa marcada por mitos e tabus, muitas vezes associada a falta de produtividade, envelhecimento, desprazer sexual, e doença que exige tratamento. Informar e esclarecer, mesmo os mais jovens em contexto de saúde escolar, que é uma fase da vida da mulher, uma evolução natural do ciclo reprodutivo e que existem inúmeras possibilidades preventivas e terapêuticas;

- Criar consulta de enfermagem na menopausa onde seja possível empoderar a mulher para que procure formas saudáveis de vivenciar o processo de transição para a menopausa, para que seja cuidadora de si mesmo, capaz de definir prioridades e de tomar decisões sobre a sua vida. O empoderamento como estratégia para passar de usuária passiva de cuidados de saúde para “protagonista da sua própria história” (Kantoviski & Vargens, 2010, p. 569);
- Envolver a família e os conviventes significativos na consulta de enfermagem e em ações de formação, à semelhança do que acontece nos Cursos de Preparação para a Parentalidade;
- Vigiar fatores de risco associados à menopausa através de rastreios de saúde (avaliação de peso, índice massa corporal, perímetro abdominal, tensão arterial, e glicemia; exame da pele, mama, ginecológico e colpocitologia; avaliação de sintomatologia depressiva através de escalas de depressão; entre outros que se revelem importantes) e encaminhar para diversos profissionais de saúde se necessário;
- Atender de forma empática, promovendo a expressão de sentimentos, e tendo em consideração as características individuais, necessidades, preferências e expectativas da mulher, de forma a garantir o apoio efetivo.

Por fim, gostaria de acrescentar que, apesar dos resultados encontrados e das sugestões de intervenção de enfermagem irem ao encontro dos objetivos delineados para este estudo, os resultados obtidos devem ser considerados apenas como descritivos deste grupo restrito de mulheres. Só outro tipo de estudos, e de amostra, poderá ser considerado representativo da população em geral.

Apesar de não ser um objetivo do estudo, parece-me pertinente, em estudos futuros, poder correlacionar as dimensões estudadas com as variáveis sociodemográficas.

Gostaria de acrescentar que a realização desta investigação contribuiu para o enriquecimento académico, profissional e pessoal, e considero que também pode ajudar o EESMOG a conhecer algumas das necessidades e expectativas das mulheres no processo de transição para a menopausa, bem como formas de intervir nesta área, que se revela pouco trabalhada e tão necessária. E para tal, pretendo divulgar o conteúdo do trabalho em revistas e congressos.

BIBLIOGRAFIA

Azevedo, I. (2010). *Menopausa e sexualidade: o (des) prazer de envelhecer*. Dissertação de Mestrado em Estudos Sobre As Mulheres. Universidade Aberta. Lisboa. Acedido em 03-09-2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/net/10400.2/1572>

Baber, R. J., Panay, N., Fenton, A., & IMS Writing Group (2016). 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*, 19 (2), 109-150. DOI: 10.3109/13697137.2015.1129166

Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. (5ª ed.). Lisboa: Edições 70. ISBN: 978-972-44-1506-2

Bernardes, M. (2014). *Transição para a menopausa: das condições aos fatores sensíveis aos cuidados de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Acedido em 26-03-2016. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/?url=I1dXABiQ>

Borrelli, F. & Ernst, E. (2010). Alternative and complementary therapies for the menopause. *Maturitas*, 66 (4), 333-346. Acedido em 20-11-2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20580501>

Cavadas, L. F., Nunes, A., Pinheiro, M. & Silva, P. T. (2010). Abordagem da menopausa nos cuidados de saúde primários. *Ata Médica Portuguesa*, 23, 227-236. Acedido a 01-01-2017. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/612/296>

Correia, M. (2009). *Conhecimentos e comportamentos das mulheres menopausicas sobre a menopausa*. Monografia de Licenciatura em Enfermagem. Universidade Fernando Pessoa. Ponte de Lima. Acedido em 26-03-2016. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1083/1/MartaCorreia.pdf>

Costa, A., Gómez, M. & Cileros, M. (2017). *A prática na investigação qualitativa: exemplos de estudos*. (1ª ed.). Aveiro: Ludomedia. ISBN: 978-972-8914-73-8

Costa, A., Souza, F. & Souza, D. (2016). *Investigação qualitativa: Inovação, dilemas e desafios. Volume I*. (3ª ed). Aveiro: Ludomedia. ISBN: 978-972-8914-46-2

REGULAMENTO N.º 127/2011. D.R II Série. 35 (2011/02/18) 8662-8666. Acedido em: 16-09-2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf

Fagulha, T. & Gonçalves, B. (2005). Menopausa, sintomas de menopausa e depressão: Influência do nível educacional e de outras variáveis sociodemográficas. *Revista Portuguesa de Psicologia*, V. 19, nº 1/2, 19-38. ISSN 0874-2049. Acedido em 16-08-2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/6600>

Fagulha, T., Gonçalves, B. & Ferreira, A. (2011). A Population-Based Assessment of Midlife Portuguese Women's Experience of Perimenopause and Menopause. *Journal Health Care for Women International*, V. 32(7). 559-580. ISSN: 0739-9332 PMID: 21728880. Acedido em 23-07-2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/07399332.2010.540155>

Freitas, F. M., de Souza, F. N., Costa, A. P. & Mendes, S. (2016). O Manual de Utilizador de um Software de Análise Qualitativa: as perceções dos utilizadores do webQDA. *Revista Ibérica de Sistemas E Tecnologias de Informação*, V. 19. 107-117. ISSN 1646-9895. Acedido em 14-03-2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17013/risti.19.107-117>

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação. Da conceção à realização*. (3ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5

Godinho, N. (2017). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações. Normas APA e ISSO 690 (NP 405)*. Lisboa. Acedido em 03-06-2017. Disponível em: <http://www.esel.pt/ESEL/PT/CentroDocumentacao/NormasApresenta%c3%a7%c3%a3oTrabalhos/biblioteca.htm>

Hoga, L., Rodolpho J., Gonçalves B. & Quirino B. (2015). Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. *JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, V. 13(8). 250-337. Doi: 10.11124/jbisrir-2015-1948. Acedido em 02-03-2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26455946>

Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Projeções da população residente (N.º) por Sexo e Grupo etário*. Acedido em: 20/03/16. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_p_etarias&menuBOUI=13707095&contexto=pe&selTab=tab4

International Menopause Society. (1999). *Menopause Terminology*. Acedido a 1/11/2016. Disponível em: http://www.imsociety.org/menopause_terminology.php

Kantoviski, A. & Vargens, O. (2010). O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspetiva da desmedicalização. *Revista eletrónica de enfermagem da Universidade Federal de Goiás*. V.12 (3). 567-570. Doi: 10.5216/ree.v12i3.7589. Acedido em 21-08-2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7589>

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0534-9

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H. & Shumacher, K. (2000). Experience transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. DOI: 10.1097/00012272-200009000-00006. Acedido em 19-11-2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>

Oliveira, M. (2013). *Avaliação de bem-estar psicológico e da qualidade de vida em mulheres com menopausa*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Fernando Pessoa. Porto. Acedido em 11-12-2017. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4069/1/Tese%20final_1_2014_final.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Acedido a 23/03/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf

Organização Mundial de Saúde, Escritório Regional para a Europa (2016). *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2020*. ISBN: 978-989-8444-34-9. Acedido em 15-09-2017. Disponível em: http://www.ordem.enfermeiros.pt/publicacoes/Documents/OMS_Europa_OrientacoesEstrategicasEuropeias_ONLINE.pdf

Presado, M. (2013). *Climatério/Menopausa, Relacionamento Conjugal e Qualidade de Vida*. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Aberta. Lisboa. Acedido em 20-03-2016. Disponível em: <http://repositorio.aberto.uab.pt/handle/10400.2/2688>

Presado, M., Cardoso, M., Carvalho, A., Carteiro, D & Nascimento, T. (2013). A mulher no climatério que intervenção na enfermagem. *E-book VI Jornadas de Obstetrícia-Por uma vida melhor, da CESPU*. ISBN 978 972 99165-1-9. Acedido em 18-07-2017. Disponível em: <https://issuu.com/lodipi/docs/ebook>

Presado, M. & Cardoso, M. (2014). As perspetivas de homens e mulheres sobre as vivências na meia-idade. *Atas CIAIQ 2014-Investigação qualitativa em saúde*. ISBN 978-972-8914-48-6. Acedido em 18-09-2017. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/562>

Presado, M. & Ramos, N. (2014). Menopausa e implicações no relacionamento conjugal. IN “AVANCES EN PSICOLOGIA DE LA SALUD, 2014”. Editado Ed. Asociacion Española de psicologia conductual (AEPC). ISBN: 978-84-608-1641-6. Acedido a 19-09-2017. Disponível em: http://www.aepc.es/WEBSALUD/AVANCES_PSICOLOGIA_SALUD_2014.pdf

Regulamento N.º 127/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica. *Diário da República II série*, N.º 35 (18-02-2011) 8662-8666.

Shifren, J. L., Gass, M. L. S., Kagan, R., Kaunitz, A. M., Liu, J. H., Pinkerton, J. V., ... Schiff, I. (2014). The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause*, 21 (10), 1038-1062. DOI: 10.1097/gme.0000000000000319. Acedido em 29-06-2016. Disponível em: <https://www.gardenroutegyne.co.za/docs/nams-recomm-for-clinical-care.pdf>

Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2004). *Consenso e estratégias para a saúde da mulher na pós-menopausa*. Acedido em 20-03-2016. Disponível em: <http://www.spginecologia.pt/noticias-da-spg/consenso-e-estrategias-para-a-saude-da-mulher-na-pos-menopausa>

Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2017). *Consenso Nacional sobre Menopausa 2016*. Acessível em 10-10-2017. Disponível em: <http://www.spginecologia.pt/consensos/consenso-nacional-sobre-menopausa-2016.html>

Souza, F., Costa, A. & Moreira, A. (2011). Análise de Dados Qualitativos Suportada pelo Software WebQDA. *Atas da VII Conferência Internacional de TIC na Educação: Perspetivas de Inovação*. 49–56. ISBN: 978-972-98456-9-7. Acedido em 23-05-2017. Disponível em: <https://www.webqda.net/wp-content/uploads/2016/05/AnaliseDadosQualitativos.pdf>

Souza, F., Costa, A., Moreira, A., Souza, D. & Freitas, F. (2016). *WebQda – Manual de Utilização Rápida*. (1ª ed.). Aveiro: Ludomedia. ISBN: 978-972-789-490-1

Stuenkel, C., Davis, S., Gompel, A., Lumsden, M., Murad, M.; Pinkerton, J. & Santen, R. (2015). Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. V.100 (11). 3975-4011. Acedido em 14-10-2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26444994>

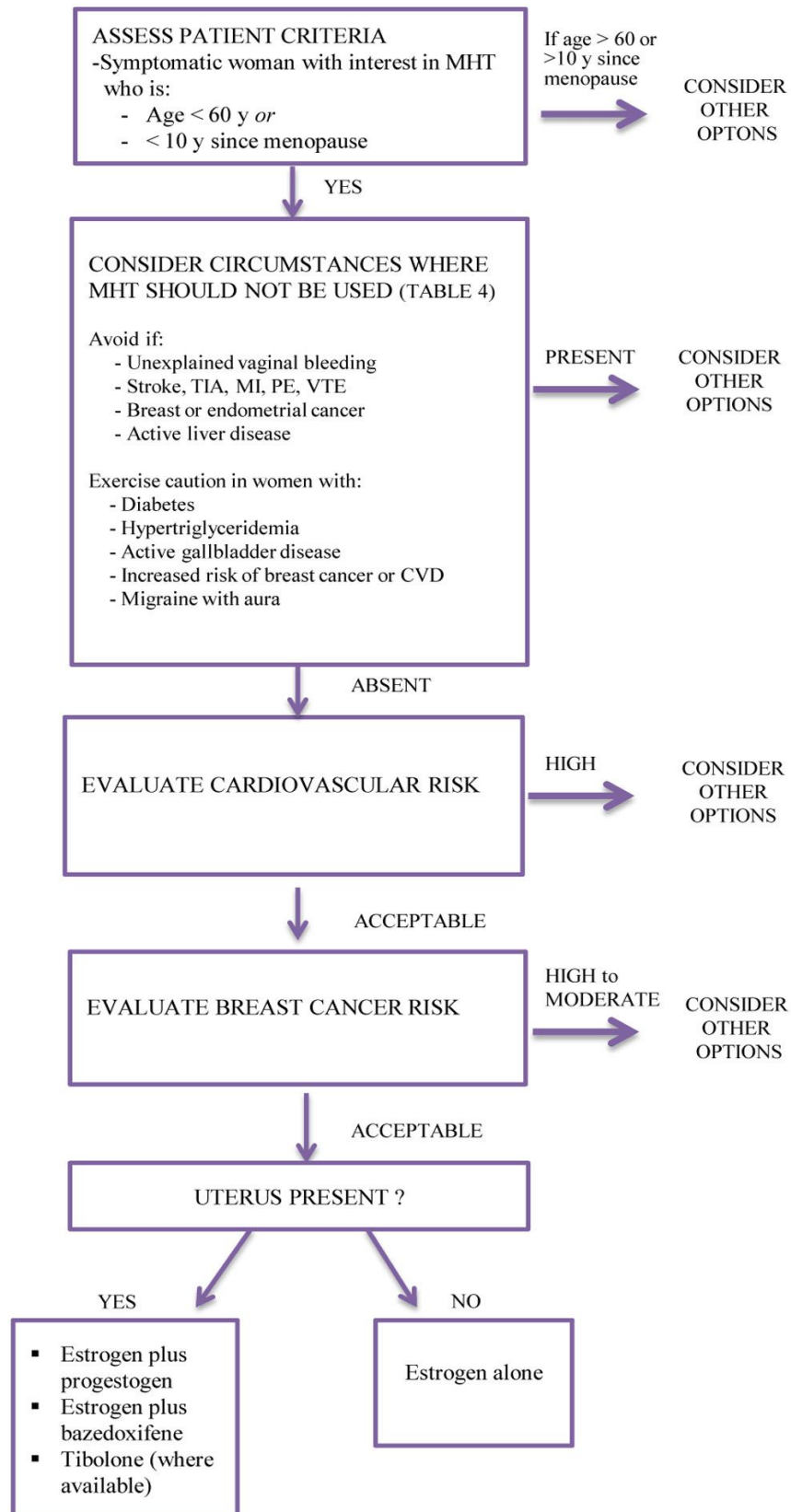
World Health Organization Regional Office for Europe. (2015). *Beyond the mortality advantage investigating women's health in Europe*. Acedido em: 19/03/16. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/287765/Beyond-the-mortality-advantage.pdf

World Health Organization Regional Office for Europe (2016). *Health 2020: the European policy for health and well-being*. Acedido 19/03/16. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>

ANEXOS

ANEXO I

Indicação para terapia hormonal na menopausa.



Fonte: <https://academic.oup.com/jcem/article-lookup/doi/10.1210/jc.2015-2236>

ANEXO II

Fármacos disponíveis em Portugal para terapia hormonal.

Fármacos disponíveis em Portugal para TH

Via de administração	Forma farmacêutica	Posologia	Dose	Nome comercial
Estrogénios naturais				
Estradiol micronizado: 17β-estradiol				
Oral	Comprimido	Diário	2 mg	Estrofem® Zumenon®
Transdérmico	Sistema transdérmico	Semanal	25 µg/24h	Dermestril-Sep-tem 25®
			50 µg/24h	Dermestril-Sep-tem 50® Femesete® Climara®
			75 µg/24h	Dermestril-Sep-tem 75®
		Bissemanal	25 µg/24h	Dermestril 25®
			50 µg/24h	Dermestril 50® Estradot®
			100 µg/24h	Dermestril 100®
Percutâneo	Gel	Diário	1mg/g	Estreva®
Vaginal	Comprimido	Bissemanal	10 µg	Vagifem® 0,010mg
Estriol				
Vaginal	Creme	Bissemanal	1 mg/g	Ovestin®
			125 µg/g	Pausigin®
	Gel	Bissemanal	50 µg/g	Gelistol® Blissel®
			30 µg/g	Gynoflor®
Promestrieno				
Vaginal	Creme	Bissemanal	10 mg/g	Colpotrophine® Trophoseptine®
Estrogénios sintéticos				
Etinilestradiol – não utilizados em Portugal				

Via de administração	Forma farmacêutica	Posologia	Dose	Nome comercial
Progestativos				
Didrogesterona				
Oral	Comprimido	cíclico	10 mg	Duphaston®
Acetato de Nomegestrol				
Oral	Comprimido	cíclico	5 mg	Lutenyl®
Acetato de noretisterona				
Oral	Comprimido	cíclico	10 mg	Primolut nor®
Progesterona micronizada				
Vaginal	Comprimido	cíclico	100 mg	Utrogestan®
			200 mg	Progeffik®
Levonorgestrel				
Intrauterino	SIU	5 anos	20 µg/24h	Mirena®

Via de administração	Forma farmacêutica	Tipo e dose estrogénios	Tipo e dose progestativo	Nome comercial
Estroprogestativos				
Contínuos				
Oral	Comprimidos	17β-estradiol 0,5 mg	Acetato de noretisterona 0,1 mg	Activelle 0,5®
		17β-estradiol 1 mg	Acetato de noretisterona 0,5 mg	Activelle®
			Drospirenona 2 mg	Angeliq®
			Didrogesterona 5 mg	Femoston 1/5®
		17β-estradiol 2 mg	Acetato de noretisterona 1 mg	Kliogest®
		Valerato de estradiol 2 mg	Dienogest 2 mg	Climodien®
Transdérmico	Sistema transdérmico	17β-estradiol 1,5 mg 50 µg/24h	Levonorgestrel 0,525 mg 7 µg/24h	Femsete EVO®
	Sistema transdérmico	17β-estradiol 0,5 mg 50 µg/24h	Acetato de noretisterona 4,8 mg 250 µg/24h	Estalis 50/250®

Via de administração	Forma farmacêutica	Tipo e dose estrogénios	Tipo e dose progestativo	Nome comercial
Sequenciais				
Oral	Comprimidos 21 cp (11E+10EP)	Valerato de estradiol 2 mg	Norgestrel 50 µg	Progyluton®
		17 b-estradiol 2 mg	Acetato de Ciproterona 1 mg	Climen®
		Valerato de estradiol 2 mg	Acetato de medroxi-progesterona 10 mg	Dilena®
	Comprimidos 28 cp (16E+12EP)	17 β-estradiol 1 mg	Acetato de noretisterona 1 mg	Novofem®
	Comprimidos 28 cp (14E+14EP)	17 β-estradiol 2 mg	Didrogesterona 10 mg	Femoston 2/10®
	Comprimidos 28 cp (12E+10EP+6E)	17 β-estradiol 2 mg	Acetato de noretisterona 1 mg	Trisequens®
Transdérmico	12E+12EP	17 β estradiol Fase I 4,33 mg Fase II 0,51 mg	Acetato de noretisterona Fase II 4,8 mg	Estalis sequi®
	6E+6EP	17 β estradiol 1,5 mg	Levonorgestrel 1,5 mg	Femsete Combi®

Via de administração	Forma farmacêutica	Posologia	Dose	Nome comercial
Tibolona				
Oral	Comprimidos	diário	2,5mg	Clitax® Goldar® Livial® Tibolona Zentiva®

Via de administração	Composição	Nome comercial
Androgénios*		
Oral Sublingual	Metiltestosterona	
oral	Fluoximesterona	
intramuscular	Enantato de testosterona	
intramuscular	Cipionato de testosterona	
Transdérmico Gel tópico (1%)	Testosterona (Testin)	Testin®

*Não estão comercializados em doses adequadas para a mulher (indicação off label)

Fonte: http://www.spginecologia.pt/uploads/Consenso_Menopausa_2016.pdf

ANEXO III

Evidências científicas que demonstram alguns benefícios de Medicina Alternativa e Complementar.

Table 3

Main CAM therapies used to alleviate menopausal symptoms.

CAM therapy	Clinical evidence	Comments
Acupuncture	Two systematic reviews [47,48]	No evidence of any significant effect on menopausal symptoms
Calcium	Several RCTs and a systematic review [84]	Significant reduction of bone loss
DHEA	Several RCTs	Results inconsistent
Fibre	Several RCTs	Discrepancy in results on hypocholesterolemic effects
Herbal remedies ^a	/	/
Homeopathy	Systematic review [54]	No conclusive evidence of a benefit on vasomotor symptoms
Physical exercise	Systematic review [89] Several systematic reviews [92–94]	No evidence of effects on vasomotor symptoms Combination of walking with other exercise modalities has positive effect on bone mineral density
Phytoestrogens	Systematic review for isoflavones [4] 4 RCTs for lignans [10–13]	No evidence of any significant effect on menopausal symptoms
Plant sterols and stanols	Several RCTs	Effective in reducing LDL-C and total cholesterol plasma levels
Probiotics and prebiotics	Several RCTs	Discrepancy in results
Vitamins	Systematic reviews [72,73,83]	Vitamin D (in combination with calcium) and vitamin K significantly reduce the incidence of fractures

^a See Table 4.**Table 4**

Herbal remedies used in the management of menopause.

Natural drug	Clinical evidence	Possible mechanism	Comments
Black cohosh	Six randomized, double blind controlled trial [22]	Partial agonist at the 5HT1A and μ -opiate receptors	No clinical evidence of black cohosh efficacy in reducing climacteric symptoms although a beneficial effect in early climacteric women seems to occur
Dong quai	Randomized, double blind placebo-controlled trial [23]	Enhanced endogenous estrogen production	No significant difference in KI, hot flash frequency, estrogen levels and vaginal cytology between active and placebo groups
Hops	Two randomized, double blind, placebo-controlled trials [26,27]	Contain estrogen precursors	A significant difference in hot flushes, sweating, insomnia, heart palpitation and irritability between active and placebo groups
Wild yam	Randomized, double blind placebo-controlled cross-over trial [29]	Contain diosgenin which is a precursor of progesterone	No significant difference in hot flash and night sweats between active and placebo groups
Ginseng	Randomized, double blind placebo-controlled multicenter trial [30]	Estrogenic effects of triterpene saponin or a direct effect on the pituitary–hypothalamic axis	No significant difference in PGWB, WHQ, VAS, hot flash and sweating episode frequency between active and placebo groups
Evening primrose	Randomized, double blind placebo-controlled trial [31]	Mechanism unknown	No significant difference in KI, hot flash and sweating episode frequency between active and placebo groups
St John's wort	Randomized, double blind placebo-controlled trial [32]	Mechanism unknown	No significant difference in hot flash frequency and intensity between active and placebo groups. Significant improvement in menopause-specific quality of life and sleep problems in St John's wort compared to placebo
Ginkgo	Two randomized, double blind, placebo-controlled trials [33,34]	Mechanism unknown	No significant effects of ginkgo on menopausal symptoms, mood, sleep disorders, memory and sustained attention compared to placebo. Significant effect on the test of mental flexibility

KI = Kupperman index, VAS = Visual analogue scale, WHQ = Women's Health Questionnaire, PGWB = Psychological general well-being index.

Fonte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20580501>

ANEXO IV

Competências do EESMOG no processo de transição para a menopausa.

Competência

H5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.	H5.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério. H5.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da menopausa. H5.1.3. Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério. H5.1.4. Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida.
H5.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.	H5.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério. H5.2.2. Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.3. Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.4. Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério.
H5.3. Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.	H5.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos. H5.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante ao climatério. H5.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério, incluindo conviventes significativos. H5.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.

Fonte: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I

Resumo dos riscos de doença identificados e das recomendações para cuidados clínicos.

Riscos de doença	Recomendações da NAMS
Doença cardiovascular por aumento acelerado do colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-C)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incentivo às mulheres a reduzir o risco de doença cardiovascular (exercício, dieta saudável, peso normal e não fumar). 2. Avaliar as mulheres utilizando a ferramenta de avaliação de risco da <i>American College of Cardiology – American Heart Association</i> (ACC-AHA) e gerir riscos em conformidade. 3. Tratamento da pressão arterial em mulheres com menos de 60 anos com mais de 140/90 mmHg, e em mulheres com idade superior com mais 150/90 mmHg. 4. Tratamento da dislipidemia se: doença aterosclerótica existente, LDL-C ≥ 190 mg/dl., entre 40 e 75 anos com diabetes <i>mellitus</i>, entre 40 e 75 anos com risco estimado de doença cardiovascular a 10 anos $\geq 7,5\%$. 5. Aspirina se: ≥ 65 anos, sem doença cardiovascular conhecida; em qualquer idade com doença cardiovascular estabelecida e com qualquer risco de doença cardiovascular de 10% ou mais.
Diabetes Mellitus por ganho de peso e envelhecimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pesquisa de diabetes com hemoglobina glicada e glicemia de jejum a mulheres com 45 anos de idade e teste oral de tolerância à glicose a mulheres obesas. 2. Controlo da glicose, e incentivo a modificações de estilo de vida, as mulheres diabéticas, nomeadamente deixar de fumar. 3. Prescrição de antidiabéticos às mulheres com diabetes entre os 40 e 75 anos. 4. Controlo da pressão arterial para valores abaixo de 140/80 mmHg.
Osteoporose por perda óssea e aumento de risco de fratura	<ol style="list-style-type: none"> 1. História clínica, exame físico e testes laboratoriais, para identificar e tratar fatores potenciais para perda óssea/risco de fratura. 2. Incentivo a obter cálcio e vitamina D, exercício regular, parar de fumar, diminuir o consumo de álcool e modificar o ambiente para reduzir o risco de quedas. 3. Teste de densidade mineral do osso se 65 anos ou mais. Considerar a realização de testes com idade inferior se fatores de risco clínicos de fratura. Repetição periódica do teste densimetria óssea de acordo com: teste inicial, intervenções terapêuticas iniciadas e o risco de fratura.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Tratamento a doentes com probabilidade de fratura de quadril de 3%, ou superior nos próximos 10 anos, ou uma probabilidade de 10 anos de uma fratura relacionada com osteoporose $\geq 20\%$. (usando a ferramenta <i>FRAX® Web-based</i>). 5. Individualizar o tratamento com base nos potenciais benefícios e riscos da terapêutica para cada doente e na eficácia de um determinado tratamento.
Doença de Gallbladder por obesidade, paridade, e uso oral de estrogénios.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia hormonal administrada com cuidado se cálculos biliares ou história de doença vesiculo-biliar. 2. Discussão sobre riscos e benefícios da hormonoterapia. Estrogénios transdérmicos associados a menor risco de doença vesiculo-biliar do que estrogénios orais.
Artrite e artralgia por envelhecimento do sistema músculo-esquelético.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico do tipo de artrite (determinado com base na experiência clínica). 2. Terapia eficaz para a diminuição da dor e manutenção da função e mobilidade, com dispositivos de assistência quando necessário. Incluir exercícios e medicamentos analgésicos. 3. Tratamento da artrite reumatoide com o uso de medicamentos modernos adequados e biológicos. 4. Planos terapêuticos multidisciplinares em situação de fibromialgia e síndrome de dor mio fascial: regimes de exercício, fisioterapia e medicamentos neuro ativos.
Doença da tiroide	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medição da hormona estimulante da tiroide para avaliar função da tiroide, sempre que sintomatologia compatível com a doença. 2. Tratamento do hipotiroidismo com tiroxina, com monitorização da hormona a cada 6 a 8 semanas. 3. Tratamento do hipertiroidismo em especialista de endocrinologia. 4. Monitorização contínua e tratamento cuidado para não induzir a condição da tiroide oposta. Avaliar a presença de nódulos na tiroide.
Epilepsia pelas propriedades neuro ativas dos esteroides reprodutivos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação das mudanças na frequência e padrão das convulsões. 2. Antiepiléticos (gabapentina) eficazes na diminuição de alguns sintomas da menopausa (podem acelerar o metabolismo da vitamina D, pelo que as mulheres precisam de ingestão

	adequada de cálcio/vitamina D e de vigilância regular da densidade mineral óssea).
Asma por diminuição dos volumes pulmonares (os sintomas pulmonares tornam-se mais prevalentes)	1. Terapia hormonal não deve ser iniciada ou interrompida por causa da asma.
Cancro da mama por uso de terapia hormonal com estrogênio e progesterona (combinado) por mais de 3/5 anos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rastreio do cancro da mama. Mamografia a cada 1 ou 2 anos, começando entre os 40/50 anos, até aos 70 anos. Ressonância magnética só recomendada para mulheres de alto risco. 2. Teste genético a mulheres com alto risco (tendo em conta a história familiar). 3. Controlo de peso e dieta com baixo teor de gordura em mulheres com cancro da mama. 4. Aconselhamento sobre os benefícios e riscos de tamoxifeno e raloxifeno em mulheres de alto risco.
Cancro do endométrio pelo envelhecimento, ambiente endometrial hiper-estrogénico, diabetes <i>mellitus</i> e obesidade.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação de hemorragias vaginais. 2. Ultra-sonografia transvaginal, histeroscopia e sonohisterografia, para identificar anomalias. Biopsia se endométrio espessado. 3. Histerectomia e salpingo-ooforectomia bilateral em situações de hiperplasia endometrial atípica. Sem critério cirúrgico tratamento conservador com progesterona. 4. Histerectomia, salpingo-ooforectomia bilateral e dissecação de linfonodos pélvicos/para-aórticos, em situações do cancro endometrial. Terapia adjuvante em situações de cancro avançado.
Cancro do colo do útero por infeções com papiloma vírus humano e vírus da imunodeficiência humana, estados imunodepressão e tabagismo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Citologia cervical e teste papiloma vírus humano de 5 em 5 anos. Aceitável só citologia de 3 em 3 anos. Mulheres histerectomizadas, só realizam exames se história de displasia cervical. Mulheres com história de cancro do colo do útero, infeção pelo vírus da imunodeficiência humana, estado imunodepressão ou exposição ao diethylstilbestrol no útero, requerem aumento de rastreio. 2. Suspensão do rastreio cancro do colo do útero a mulheres com mais de 65 anos, com rastreio prévio negativo, e sem história de neoplasia intra-epitelial cervical 2 ou superior nos últimos 20 anos.

	3. Avaliação de todas as hemorragias uterinas anormais ou anormalidade cervical detetadas no exame pélvico.
Cancro do ovário por idade avançada, predisposição genética, nulipariedade, menarca precoce e menopausa tardia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ensino às mulheres da sintomatologia associada ao cancro dos ovários. 2. Aconselhamento genético se historia familiar de cancro da mama, ovário, colon e pâncreas. 3. Salpingo-ooforectomia bilateral/salpingectomy bilateral, ou uso de contraceção oral, para reduzir risco de cancro no ovário, em mulheres de alto risco.
Cancro do pulmão por tabagismo ou exposição a outros agentes nocivos ambientais.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aconselhamento para cessação de tabagismo. 2. Rastreio anual com tomografia computadorizada a mulheres dos 55 aos 80 anos com história de consumo elevado de tabaco.
Cancro colo retal por idade, tabagismo e doença pessoal e/ou familiar de doença do intestino.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aconselhamento a não fumar e dieta rica em fibras, com ingestão limitada de carne vermelha e com baixo teor de gordura. 2. Colonoscopia dos 50 aos 75 anos (repetição a cada 10 anos). Exames mais frequentes se: doença inflamatória intestinal, pólipos ou história familiar de cancro colo retal.
Cancro do pâncreas por tabagismo, idade, dieta rica em gordura e álcool, e diabetes <i>mellitus</i> .	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aconselhamento a cessação do tabagismo e estilo de vida saudável. 2. Avaliação quanto à possibilidade de cancro do pâncreas em mulheres com doença tromboembólica.
Cancro da pele por envelhecimento, exposição intensa à radiação ultravioleta e história familiar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação do risco de cancro de pele. 2. Instruir as mulheres para medidas foto protetoras da pele e para o auto exame da pele.

Fonte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25225714>

APÊNDICE II

Questionário de caracterização dos participantes

QUESTIONÁRIO DE CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Entrevista nº. _____

Data: _____

Início _____

Términus _____

Idade _____ Anos

Nacionalidade _____

Local de residência _____

Escolaridade

1º. Ciclo (1º/4º. Ano)

2º. Ciclo (5º/6.ºAno)

3º. Ciclo (7º/9º. Ano)

Secundário (10º/12º. Ano)

Licenciatura

Mestrado

Outro

Qual _____

Profissão _____

Empregada _____

Desempregada _____

Reformada _____

Estado civil

Solteira

Casada/União de fato

Divorciada/ Separada

Viúva

Número de filhos _____

Com quem vive

Sozinho

Com o cônjuge

Com o cônjuge e filhos

Pais

Filhos

Outros

Quem _____

Sem menstruação há quantos anos _____

APÊNDICE III

Guião da entrevista

OBJETIVOS	QUESTÕES A INVESTIGAR	INDICADORES PARA APROFUNDAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Obter informação sobre necessidades das mulheres no processo de transição para a menopausa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ O que pensa sobre a menopausa? ✓ O que é para si a menopausa? 	<p>Significado atribuído à menopausa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fase de transição fácil, natural, associada a bem-estar, libertação ✓ Fase de transição difícil, associada a mal-estar, desconforto, perda, problemas de saúde
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que alterações sentiu no processo de transição para a menopausa? <ul style="list-style-type: none"> - Bio Fisiológicas - Emocionais e psicológicas 	<p>Alterações bio fisiológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alterações corporais: pele, cabelo, peso ✓ Sintomas vasomotores: afrontamentos, suores noturnos ✓ Uro-genitais: incontinência urinária, infeções urinárias de repetição, secura vaginal, dispareunia <p>Alterações emocionais e psíquicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alterações do humor: ansiedade, irritabilidade, depressão ✓ Alterações do padrão do sono: insónia, apneia ✓ Défice de concentração, perda de memória

(cont.)

✓ Obter informação sobre necessidades das mulheres no processo de transição para a menopausa (cont.).	✓ Qual foi a influência dessas alterações na sua vida diária?	Influência a nível: ✓ Conjugal/Sexual ✓ Familiar ✓ Profissional ✓ Sociocultural
	✓ Que mudanças efetuou no seu comportamento e estilo de vida?	Comportamento/Estilo de vida: ✓ Alimentação ✓ Atividade cognitiva ✓ Exercício físico ✓ Consumo de tabaco e álcool ✓ Terapia sintomatologia ✓ Vestuário/ambiente físico ✓ Atividade sexual ✓ Vigilância de saúde
	✓ Que apoio teve no processo de transição para a menopausa?	Apoio: ✓ Família ✓ Amigos e colegas ✓ Profissionais de saúde: enfermeiro e médico ✓ Meios de comunicação (livros, revistas, TV, internet)

(cont.)

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar intervenções do EESMOG no processo de transição para a menopausa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que tipo de apoio/acompanhamento teve dos enfermeiros no processo de transição para a menopausa? 	<p>Apoio/acompanhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informação e esclarecimento sobre o processo de transição para a menopausa ✓ Prevenção e promoção da saúde (alimentação, exercício físico, hábitos nocivos) ✓ Apoio/acompanhamento no processo de adaptação à menopausa (informação sobre os recursos existentes, e disponibilização de recursos disponíveis) ✓ Vigilância de saúde para diagnóstico precoce e prevenção de complicações. ✓ Referenciação a outros profissionais de saúde. ✓ Acompanhamento em situações de tratamento de disfunções e patologias
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Obter informação sobre as expectativas da mulher relativamente à intervenção do enfermeiro no processo de transição para a menopausa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que tipo de intervenção gostaria de ter tido por parte dos enfermeiros no processo de transição para a menopausa? 	<p>Intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sessão de educação para a saúde: <ul style="list-style-type: none"> - Exercício - Dieta saudável/peso normal - Uso de tabaco/álcool - Vigilância saúde, exames e medicação ✓ Consulta/rastreio <ul style="list-style-type: none"> - Monitorização do potencial de risco para algumas doenças (Ant familiares, Ant pessoais/medicação) - Monitorização do estado de saúde (Exame físico/função e mob./dor/sintomas, TA, BM, Hg Glic, exame da mama e exame da pele, colpocitologia, escala depressão)

		<ul style="list-style-type: none">✓ Informação e orientação quando surgem alterações✓ Informação e orientação sobre os recursos disponíveis✓ Referenciação medica (patologia)✓ Suporte emocional e psicológico
✓ Obter informação sobre as expectativas da mulher relativamente ao processo de transição para a menopausa.	✓ A transição para a menopausa decorreu como esperava?	
✓ Obter informação, relativamente ao processo de transição para a menopausa, que não tenha sido abordada durante a entrevista, e que a mulher queira partilhar.	✓ Quer acrescentar alguma coisa para além do que foi abordado relativamente à sua experiencia e que queira partilhar?	

APÊNDICE IV

Código de árvore *WebQda*

Transição para a menopausa: necessidades e expectativas

Emitido por Célia do Rosário Neto

Códigos Árvore

Nome	Fontes	Refs
Códigos Árvore		
NECESSIDADES DAS MULHERES NO PTM		
Conceito atribuído à menopausa	0	0
Fase da vida Fácil	0	0
Acontecimento Natural	16	33
Período tranquilo	14	73
Aspetos positivos	8	13
Fase da vida difícil	0	0
Período complicado	19	110
Aspetos negativos	9	19
Problemas de saúde	10	31
Sinais e sintomas no PTM	0	0
Alterações biológicas e fisiológicas	0	0
Alterações no corpo/imagem corporal	17	77
Alterações vasomotoras	21	81
Alterações urogenitais	11	33
Alterações emocionais e psicológicas	0	0
Instabilidade do humor	20	76
Distúrbio do sono	14	63
Perturbações da memória	8	20
Influencia dos sinais e sintomas	0	0
Relação conjugal	14	45
Relação familiar	7	9
Relação profissional	12	20
Relação sociocultural	11	19
Mudança no comportamento/estilo de vida	0	0
Hábitos alimentares	11	20
Atividade cognitiva	1	1
Atividade física	11	20
Consumo álcool/tabaco	3	3
Uso de terapia	17	61
Vestuário	3	6
Vigilância da saúde	11	25
Apoio no processo TM	0	0
Família	0	0
Com apoio da família	8	11
Sem apoio da família	17	26
Amigos e colegas	0	0
Com apoio de amigos e colegas	9	13
Sem apoio de amigos e colegas	10	14
Enfermeiro/a	0	0
Com apoio do enfermeiro/a	4	11
Sem apoio do enfermeiro/a	18	36
Médico/a	0	0
Com apoio do médico/a	15	24
Sem apoio do médico/a	9	26
Meios de comunicação social	2	3

Transição para a menopausa: necessidades e expectativas



Nome	Fontes	Refs
EXPECTATIVAS DAS MULHERES SOBRE PTM		
Decorreu como esperava	0	0
Decurso expectável	5	7
Sintomatologia expectável	5	7
Idade expectável	1	1
Sem justificar	2	2
Decorreu melhor do que esperava	0	0
Menor sintomatologia	10	21
Não surgiram doenças associadas à menopausa	3	6
Não se aperceberam da menopausa	3	5
Sem justificar	2	2
Decorreu pior do que esperava	0	0
Intensidade dos sintomas e da mudança	6	11
Precocidade e rapidez com que surgiu	4	10
Falta apoio/mau apoio	4	10
Falta de informação/preparação	4	8
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO PTM		
Informar e orientar	0	0
Informar	21	39
Orientar	14	21
Desmistificar	3	8
Apoio emocional do enfermeiro	0	0
Apoio em consulta individual	5	10
Apoio em reuniões de grupo	3	5
Referências relacionadas com importância apoio	8	12
Vigilância do estado de saúde	0	0
Consulta de enfermagem (CE)	4	8
CE que acompanha consulta médica	3	4
Rastreios	3	4

Gerado a: 20/09/2017 19:58:18

APÊNDICE V

Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Célia do Rosário Neto Pedras, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, a frequentar o VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretende realizar uma investigação no âmbito da saúde da mulher sobre o tema “Transição para a menopausa: necessidades e expectativas”.

A sua participação é fundamental neste estudo, que tem como objetivo identificar necessidades e expectativas das mulheres no processo de transição para a menopausa, e reconhecer intervenções do enfermeiro que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e da qualidade de vida das mulheres.

Solicita-se a sua colaboração para conceder uma entrevista, com um tempo previsto de vinte minutos, onde partilhe informação sobre o que pensa, sentiu e vivenciou, durante o processo de transição para a menopausa e autorização para gravação em áudio.

Garante-se que será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, já que não será revelada a sua identidade e a informação colhida será unicamente para fins de investigação, sendo destruída após a conclusão do estudo. Acresce ainda referir que a sua participação é voluntária e que pode desistir do estudo a qualquer momento.

Muito obrigado pela sua colaboração.

A investigadora,

(Telm: 934207974 e *email*: celiapedras@gmail.com)

Eu (nome) _____ declaro que recebi a informação necessária, fiquei esclarecida e aceito participar voluntariamente no estudo.

Assinatura do participante _____

Data ____/____/____

APÊNDICE VI

Caracterização dos participantes



Transição para a menopausa: necessidades e expectativas

Nome	Refs
Caraterização dos participantes	
Idade - Faixa etária	29
45 aos 50 anos	3
51 aos 55 anos	20
56 aos 59 anos	6
Nacionalidade	29
Portuguesa	27
Angolana	1
Cabo Verdiana	1
Local de residência	29
Almada	3
Barreiro	6
Lisboa	10
Seixal	8
Sintra	2
Escolaridade	29
1º Ciclo - 1º ano ao 4º ano	1
2º Ciclo - 5º e 6º ano	4
3º Ciclo - 7º ao 9º ano	4
Secundário - 10º ao 12º ano	7
Licenciatura	8
Mestrado	5
Doutoramento	0
Profissão	29
Administrativa	3
Advogada	1
Assistente operacional	4
Assistente social	1
Docente	2
Doméstica	3
Empregada de limpeza	1
Empresária	1
Enfermeira	4

Gerado a: 09/09/2017 22:35:20

Nome	Refs
Caraterização dos participantes	
Profissão	
Editora de texto	1
Fisioterapeuta	2
Lojista	3
Monitora de ATL	1
Psicóloga	2
Estado civil	29
Solteira	1
Casada/união de fato	19
Divorciada/separada	9
Viúva	0
Número de filhos	29
0 filhos	3
1 filho	10
2 filhos	12
3 filhos	3
4 filhos	0
5 filhos	1
Com quem vive	29
Sozinha	4
Filhos	6
Cônjuge	6
Filhos e cônjuge	13
Anos em amenorreia	29
1 a 2 anos	11
3 a 6 anos	13
Mais de 7 anos	5

Gerado a: 09/09/2017 22:35:20